



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

**Estudo das competências psicomotoras em pessoas idosas
institucionalizadas e a residir na comunidade com diferentes
níveis de apoio**

Nicole Isabel Martins Macedo

Orientador(es) | Ana Morais
Catarina Lino Pereira

Évora 2025



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

**Estudo das competências psicomotoras em pessoas idosas
institucionalizadas e a residir na comunidade com diferentes
níveis de apoio**

Nicole Isabel Martins Macedo

Orientador(es) | Ana Morais
Catarina Lino Pereira

Évora 2025





A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano:

Presidente | Gabriela Almeida (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Morais (Universidade de Évora) (Orientador)
Ana Sofia Santos (Universidade de Lisboa) (Arguente)

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço à minha mãe, que sempre acreditou em mim e apoiou todas as minhas decisões académicas. O seu incentivo constante, paciência e ensinamentos sobre resiliência foram fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui.

Agradeço de forma especial à minha irmã, que, apesar de ser mais nova, ensinou-me a levar a vida com leveza, a aproveitar os momentos felizes e a encontrar o lado positivo nas situações mais difíceis.

Ao meu pai, sou grata por me ter tornado na mulher forte e independente que sou hoje. A sua garra e determinação inspiraram-me a enfrentar os desafios com coragem. Este percurso académico não teria sido o mesmo sem vocês.

Ao meu companheiro de vida, o meu mais profundo agradecimento. O teu apoio incondicional, amor e palavras encorajadoras tornaram este processo muito mais leve e agradável. Um "obrigado" não será suficiente para expressar o quanto a tua presença foi importante.

Agradeço também às minhas orientadoras, a Professora Doutora Ana Isabel Rodrigues de Moraes e a Professora Doutora Catarina Lino Neto Pereira. A vossa paciência, dedicação e partilha de conhecimentos foram essenciais para a concretização deste trabalho.

Às minhas amigas Marlene Latas, Raquel Santana, Patrícia Rosado e Marta Caraças, sou profundamente grata pela amizade, paciência e apoio ao longo deste processo. As vossas palavras de carinho e força, aliada à partilha de conhecimentos e experiências profissionais fizeram toda a diferença.

Por fim, agradeço aos colegas Rui Pedro, Patrícia Laranjeira, a todos os integrantes da Universidade Sénior de Elvas e aos meus utentes, que aceitaram fazer parte deste estudo e contribuíram de forma valiosa para a sua realização. A todos, o meu mais sincero obrigado.

Resumo

Estudo das competências psicomotoras em pessoas idosas institucionalizadas e a residir na comunidade com diferentes níveis de apoio

Objetivo: Este estudo visa compreender o perfil psicomotor da pessoa idosa e as suas implicações na promoção de um envelhecimento ativo e saudável. A pesquisa procura contribuir com novos conhecimentos que melhorem as práticas e intervenções em gerontopsicomotricidade, com foco na caracterização e análise comparativa do perfil psicomotor, da independência nas atividades diárias, do estado cognitivo, da qualidade de vida, do bem-estar e dos riscos sociais e de saúde, em idosos que vivem de forma independente na comunidade (G1), com apoio domiciliário (G2) ou em instituições (G3). **Metodologia:** A investigação adotou um design transversal, observacional e analítico, com 179 participantes idosos, com idades entre os 65 e os 96 anos, recrutados em Elvas, sendo 69,3% mulheres. Os instrumentos de avaliação incluíram o Exame Geronto-Psicomotor, Composite Physical Function, Easy-Care e Montreal Cognitive Assessment. **Resultados:** Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos. O perfil psicomotor apresentou diferenças significativas ($p < 0,05$), com maiores variações entre os idosos da comunidade e os institucionalizados. Em termos cognitivos, os idosos da comunidade demonstraram melhor desempenho que os dos outros dois grupos ($p < 0,05$). A independência nas atividades da vida diária também mostrou diferenças significativas ($p < 0,05$), sendo maior no grupo comunitário independente. A análise da qualidade de vida, bem-estar e riscos sociais e de saúde revelou maiores discrepâncias entre o G1 e o G3. **Conclusão:** Os resultados indicam que os idosos a viver de forma independente na comunidade apresentam melhores resultados em todos os parâmetros analisados. As intervenções psicomotoras precoces são essenciais para um envelhecimento saudável, sendo recomendada a estimulação psicomotora em todos os

contextos, com foco na melhoria ou manutenção das capacidades psicomotoras para promover uma melhor qualidade de vida, saúde e bem-estar.

Palavras-chave: avaliação, envelhecimento, fatores psicomotores, gerontopsicomotricidade, independência.

Abstract

Study of psychomotor skills in institutionalized elderly people living in the community with different levels of support

Objective: This study aims to understand the psychomotor profile of the elderly and its implications for promoting active and healthy aging. The research seeks to contribute with new knowledge that improves practices and interventions in gerontopsychomotricity, focusing on the characterization and comparative analysis of the psychomotor profile, independence in daily activities, cognitive state, quality of life, well-being and social and health risks, in elderly people who live independently in the community (G1), with home support (G2) or in institutions (G3). **Methodology:** The research adopted a cross-sectional, observational and analytical design, with 179 elderly participants, aged between 65 and 96 years, recruited in Elvas, 69.3% of whom were women. Assessment instruments included the Geronto-Psychomotor Examination, Composite Physical Function, Easy-Care and Montreal Cognitive Assessment. **Results:** Statistically significant differences were observed between the three groups. The psychomotor profile showed significant differences ($p < 0.05$), with greater variations between community-dwelling and institutionalized elderly people. In cognitive terms, the elderly in the community demonstrated better performance than those in the other two groups ($p < 0.05$). Independence in activities of daily living also showed significant differences ($p < 0.05$), being greater in the independent community group. Analysis of quality of life, well-being and social and health risks revealed greater discrepancies between G1 and G3. **Conclusion:** The results indicate that elderly people living independently in the community present better results in all parameters analyzed. Early psychomotor interventions are essential for healthy aging, and psychomotor stimulation is recommended in all contexts, with a focus on improving or maintaining psychomotor capabilities to promote better quality of life, health and well-being.

Keywords: assessment, aging, psychomotor factors, gerontopsychomotricity, independence.

Índice Geral

Agradecimentos	I
Resumo.....	II
Estudo das competências psicomotoras em pessoas idosas institucionalizadas e a residir na comunidade com diferentes níveis de apoio II	
Abstract.....	IV
Study of psychomotor skills in institutionalized elderly people living in the community with different levels of support.....	IV
Índice de tabelas	VII
Lista de Abreviaturas e Siglas	VII
Introdução.....	1
Objetivos.....	5
Estrutura da dissertação	5
Revisão de Literatura	7
Envelhecimento.....	7
<i>Envelhecimento típico</i>	7
<i>Envelhecimento saudável</i>	10
<i>Envelhecimento patológico</i>	15
Competências psicomotoras no processo de envelhecimento	17
Envelhecimento demográfico e as dificuldades de resposta dos sistemas em Portugal/Alentejo	23
Gerontopsicomotricidade.....	28
Avaliação Psicomotora na pessoa idosa.....	31
Perfil Psicomotor na pessoa idosa	32
<i>Perfil Psicomotor</i>	32
<i>Perfil (Psicomotor) da pessoa idosa que reside na comunidade</i>	33
<i>Perfil (Psicomotor) da pessoa idosa em apoio domiciliário</i>	34
<i>Perfil (psicomotor) da pessoa institucionalizada</i>	36
Metodologia.....	39
Desenho do estudo.....	39
Participantes.....	39
Variáveis e instrumentos de avaliação	41
<i>Variáveis de caracterização e determinação da elegibilidade da amostra</i> ---	41

<i>Qualidade de vida, bem-estar, e riscos sociais e de saúde</i> -----	41
<i>Avaliação Cognitiva</i> -----	43
<i>Parâmetros psicomotores</i> -----	44
<i>Nível de independência</i> -----	45
Procedimentos -----	46
Análise estatística -----	47
Resultados -----	49
Tabela 1.-----	49
<i>Estudo comparativo do perfil psicomotor nos diferentes grupos</i> -----	49
Tabela 2.-----	50
<i>Estudo comparativo dos resultados na cognição nos diferentes grupos</i> -----	50
Tabela 3.-----	51
<i>Estudo comparativo da Independência física nos diferentes grupos</i> -----	51
Tabela 4.-----	52
<i>Estudo comparativo da Qualidade de vida, bem-estar, e riscos sociais e de saúde nos diferentes grupos</i> -----	52
Tabela 5.-----	53
<i>Estudo da associação entre o perfil psicomotor e os indicadores de saúde, independência, qualidade de vida, bem-estar, e riscos sociais</i> -----	53
Discussão de resultados -----	56
Limitações do estudo-----	68
Conclusão -----	71
Reflexão Final-----	72
Referências: -----	73
Anexos -----	VIII
Anexo A. Declaração de Consentimento Informado para as pessoas residentes na comunidade-----	VIII
Anexo B. Declaração de Consentimento Informado para as pessoas idosas em Instituição-----	X
<i>Declaração de Consentimento informado</i> -----	X

Índice de tabelas

Tabela 1. Estudo comparativo do perfil psicomotor nos diferentes grupos.-----	49
Tabela 2. Estudo comparativo dos resultados na cognição nos diferentes grupos. -----	50
Tabela 3. Estudo comparativo da Independência física nos diferentes grupos.	51
Tabela 4. Estudo comparativo da Qualidade de vida, bem-estar, e riscos sociais e de saúde nos diferentes grupos. -----	52
Tabela 5. Estudo da associação entre o perfil psicomotor e os indicadores de saúde, independência, qualidade de vida, bem-estar, e riscos sociais.-----	53

Lista de Abreviaturas e Siglas

Acidente vascular cerebral-**AVC**

Atividades da vida diária-**AVD`S**

Composite Physical Function- **CPF**

Exame Geronto-Psicomotor- **EGP**

Estrutura Residencial para Pessoa Idosas- **ERPI**

Abordagem da Atenção Integrada para a Pessoa Idosa- **ICOPE**

Montreal Cognitive Assessment- **MOCA**

World Health Organization- **WHO**

Organização Mundial de Saúde- **OMS**

Introdução

O envelhecimento populacional tem vindo a intensificar-se nas últimas décadas, especialmente em países como Portugal, com destaque para a região do Alentejo. Entre 2011 e 2021, esta região registou uma diminuição de 6,9% na sua população total, sendo que 27% da sua população é composta por pessoas idosas (Instituto Nacional de Estatística, 2021). Este processo, impulsionado pelos avanços na qualidade de vida e nos cuidados de saúde, traz consigo novos desafios e oportunidades nas áreas da saúde, social e económica. Em particular, nas zonas rurais, os idosos tendem a manter uma maior ligação às atividades diárias, ao contrário do contexto urbano, onde a reforma pode significar a interrupção das rotinas de trabalho (Azevedo et al., 2022). No meio rural, muitos idosos continuam a envolver-se em atividades ao ar livre, o que contribui para uma melhor qualidade de vida e um envelhecimento mais saudável, promovendo maior independência, autonomia e liberdade (Azevedo et al., 2022; Bertuzzi et al., 2012). Por outro lado, foi demonstrado que as pessoas que residem na zona rural estão mais propensas a um envelhecimento precoce, visto que a sua atividade laboral é maioritariamente ao ar livre, o que lhes causa um maior desgaste (Campos et al., 2021).

De acordo com Padeiro (2023), o aumento do número de pessoas idosas tem gerado uma crescente necessidade de cuidados sociais e de saúde. À medida que a esperança de vida aumenta, torna-se cada vez mais relevante compreender o envelhecimento não apenas na sua vertente normal e patológica, mas também as condições que favorecem um envelhecimento saudável. Este fenómeno pode ser entendido como um processo multidimensional, que envolve fatores biológicos, sociais e psicológicos (da Silva & da Silva, 2023), bem como alterações morfofuncionais e bioquímicas (Borges et al., 2023). O envelhecimento não segue um padrão único, sendo determinado por uma multiplicidade de variáveis biológicas e sociodemográficas, o que resulta numa grande heterogeneidade de situações (Marques et al., 2022).

O envelhecimento é frequentemente associado a conotações negativas, como a diminuição das capacidades, doenças e angústias (Borges et al., 2023).

Contudo, é importante compreender que não podemos basear-nos apenas na idade cronológica ou biológica para caracterizar este processo, dado que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo (Carvalho & Duque, 2021). O contexto sociocultural em que estão inseridas também deve ser considerado, pois influencia profundamente a experiência de envelhecimento (Borges et al., 2023). Além disso, o envelhecimento está associado ao aumento da dependência física, declínio funcional, isolamento social, depressão e sensação de inutilidade (Borges et al., 2023).

Em acordo, pode-se perceber que o envelhecimento afeta significativamente as competências psicomotoras, funcionais, sociais e emocionais do indivíduo. A diminuição da força muscular, é um dos principais fatores que limita a realização das atividades diárias (Borges et al., 2023). O envelhecimento envolve também alterações estruturais no cérebro, que afetam as funções cognitivas e motoras, resultando em dificuldades nas capacidades psicomotoras, como força, flexibilidade, equilíbrio, e nas funções práxicas (planeamento e execução de movimentos), gnósicas (reconhecimento de objetos e texturas), e nas percepções espacial e temporal (Fernandes & Veiga, 2020). Estas limitações podem contribuir para o aumento da fobia de quedas, desregulação emocional e desvalorização da imagem corporal (Fernandes & Veiga, 2020).

A construção da imagem corporal na pessoa idosa está intimamente ligada às suas interações sociais, sendo que a diminuição das interações afetivas também pode afetar a forma como o idoso se vê (Fernandes & Veiga, 2020). Esse impacto nas competências psicomotoras e na identidade exige uma abordagem holística e psicomotora, que não só considere as alterações físicas, mas também os aspetos emocionais e sociais que afetam o bem-estar da pessoa idosa.

Decorrente do aumento da longevidade da população idosa e dos desafios que isso traz consigo, tanto ao nível individual como social, implicando novas exigências para os sistemas de saúde, serviços sociais, indivíduos, famílias e comunidades (da Silva & da Silva, 2023), há que implementar novas soluções eficientes para um envelhecimento bem-sucedido. O apoio domiciliário poderá ser uma medida que se tem tornado cada vez mais comum, permitindo

que os idosos que necessitam de cuidados permaneçam no seu ambiente familiar e mantenham as suas rotinas (Fonseca, 2021). Este conceito, relacionado com o "Ageing in Place", visa garantir que as pessoas idosas possam viver nas suas casas com apoio formal e informal, preservando a sua qualidade de vida (Fonseca, 2021). Quando a permanência no domicílio já não é possível, recorre-se à institucionalização ou a outros serviços que promovam um envelhecimento ativo e a autonomia da pessoa idosa (Pedrosa et al., 2024).

Preservar a identidade da pessoa idosa é crucial, especialmente no contexto da institucionalização, onde novos espaços, rotinas e relações podem gerar sentimentos de perda de identidade (Pedrosa et al., 2024). Assim, torna-se essencial promover intervenções que incentivem um envelhecimento ativo e digno, garantindo que os idosos institucionalizados recebam cuidados adequados, promovendo uma vida plena e digna (Pedrosa et al., 2024).

Para isso, promover uma boa qualidade de vida é essencial, sendo um fator central no envelhecimento saudável. Segundo da Silva & da Silva (2023), aspetos como alimentação adequada, exercício físico regular, relações familiares e de amizade, e cumprimento de regimes terapêuticos estão diretamente relacionados com uma melhoria nas condições de vida e com a qualidade de vida. Estudos apontam que fatores como a independência, a atividade social e os bons recursos económicos estão associados a uma melhor qualidade de vida, enquanto a viuvez, o isolamento social, a menor escolaridade e dificuldades financeiras estão ligados a uma qualidade de vida inferior (Azevedo et al., 2022).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) define o envelhecimento saudável como uma abordagem baseada em direitos, que inclui todas as pessoas, independentemente de apresentarem doenças ou deficiências. Esta abordagem sublinha a importância de permitir que o idoso tenha um papel ativo na tomada de decisões sobre a sua própria vida e de promover soluções que otimizem as suas capacidades funcionais, com a colaboração de toda a sociedade (OMS, 2020).

Neste contexto, as competências psicomotoras desempenham um papel essencial na manutenção da autonomia e qualidade de vida das pessoas idosas.

A psicomotricidade, que integra corpo e mente, tem um papel fundamental ao abordar as capacidades funcionais, cognitivas, psicomotoras e socioemocionais. Através de atividades psicomotoras adaptadas à faixa etária, é possível promover uma melhoria da qualidade de vida, considerando o indivíduo de forma holística, e reconhecendo a inter-relação entre as componentes cognitivas, sensoriomotoras e psíquicas (Dias & Mascioli, 2020).

Este estudo tem como propósito explorar o perfil psicomotor da pessoa idosa em diferentes contextos de vida – na comunidade, em instituições residenciais para idosos (ERPI) e no apoio domiciliário – de forma a compreender como as competências psicomotoras variam conforme o ambiente em que a pessoa idosa se encontra. Segundo Cavalcante & Elali (2018), o ambiente está diretamente ligado à nossa maneira de agir e ao nosso comportamento, sendo moldado por dinâmicas que incluem, entre outros, as nossas interações sociais. Portanto, o ambiente não pode ser encarado como algo estático, mas como um processo dinâmico, composto por várias fases que se sucedem de maneira contínua. Essa dinâmica coletiva do ambiente condiciona e influencia as formas de ser e de agir dos indivíduos dentro de um grupo (Cavalcante & Elali, 2018).

Através dessa abordagem, este estudo visa fornecer uma compreensão mais profunda da variação das competências psicomotoras dos idosos em função dos seus diferentes contextos de vida. Espera-se que os resultados possam contribuir para o desenvolvimento de estratégias e intervenções que promovam um envelhecimento mais ativo, saudável e adaptado às necessidades de cada ambiente, respeitando as especificidades de cada situação e, assim, favorecendo a autonomia e a qualidade de vida da pessoa idosa.

Objetivos

Este estudo pretende contribuir para a compreensão do perfil psicomotor da pessoa idosa, na sua relação com a independência na realização das atividades da vida diária, o estado cognitivo, a qualidade de vida, o bem-estar e o risco social e de saúde, oferecendo novos conhecimentos que possam melhorar as práticas e intervenções no campo da gerontopsicomotricidade. Em acordo foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- 1- Caracterizar comparativamente o perfil psicomotor, a independência na realização das atividades da vida diária, o estado cognitivo, a qualidade de vida, o bem-estar e o risco social e de saúde, nas pessoas idosas a viver independentemente na comunidade, a viver na comunidade com apoio domiciliário, e a viver em contexto de instituição.
- 2- Analisar a associação entre o perfil psicomotor e a independência na realização das atividades da vida diária, o estado cognitivo, a qualidade de vida, o bem-estar e o risco social e de saúde, nas pessoas idosas a viver independentemente na comunidade, a viver na comunidade com apoio domiciliário, e a viver em contexto de instituição.

Estrutura da dissertação

A presente dissertação está estruturada em sete capítulos. O primeiro capítulo apresenta a introdução, com a contextualização do tema, os objetivos do estudo e a organização da dissertação. O segundo capítulo é dedicado à revisão de literatura, onde é abordado o envelhecimento demográfico em Portugal/Alentejo, os processos normais e patológicos do envelhecimento e o conceito de envelhecimento saudável. Também se discute as competências psicomotoras no envelhecimento, a gerontopsicomotricidade e é apresentada uma breve análise sobre a avaliação psicomotora nas pessoas idosas. O terceiro capítulo concentra-se na metodologia, descrevendo o desenho do estudo, a amostra, os procedimentos adotados, as variáveis analisadas e os instrumentos de avaliação utilizados, bem como a análise estatística aplicada. No quarto

capítulo, são apresentados os resultados da presente investigação. O quinto capítulo é dedicado à discussão desses resultados de acordo com a literatura existente. O sexto capítulo apresenta as conclusões principais do estudo e, por fim, o sétimo capítulo lista a bibliografia utilizada na construção do presente documento.

Revisão de Literatura

Envelhecimento

Envelhecimento típico

O envelhecimento primário ou envelhecimento típico, é considerado um processo natural que ocorre em todos os seres humanos à medida que envelhecem (Barreto, 2017; Rodrigues et al., 2024; Spar & La Rue, 2005). Este processo consiste em diversas alterações fisiológicas tais como a flacidez da pele, o aparecimento de rugas, lentidão psicomotora ou problemas com mau funcionamento do organismo, entre outras (Rodrigues et al., 2024).

O processo de envelhecimento varia entre indivíduos de acordo com os diferentes percursos e experiências de vida, como as relações familiares, sociais e profissionais. Além disso, fatores económicos, ambientais, o acesso a apoios sociais e suporte à pessoa idosa (Moreira, 2020), bem como a ocorrência de eventos de vida significativos, como traumas, podem influenciar diretamente a sua saúde e bem-estar. Dessa forma, viver em áreas rurais ou urbanas, ter recursos socioeconómicos limitados ou abundantes, contar com uma rede de apoio familiar forte ou não, e o acesso a cuidados de saúde e recursos sociais podem impactar o envelhecimento de formas distintas (Moreira, 2020).

Relativamente às alterações nas competências motoras da pessoa idosa, o avanço da idade, particularmente quando não há estimulação adequada, resulta na diminuição da força muscular, reflexos, flexibilidade, velocidade da marcha, acuidade visual e função vestibular (Banzatto et al., 2021). No que se refere ao tónus muscular, no envelhecimento normal ocorre uma diminuição na capacidade de contração do músculo esquelético, levando à fragilidade física com repercussões na marcha e no equilíbrio dinâmico (Miller et al., 2014, citado por Morais et al., 2019). Essas alterações psicomotoras afetam as atividades instrumentais da vida diária.

Além disso, de acordo com Banzatto et al. (2021), observam-se alterações na imagem corporal em cerca de 80% das pessoas idosas. Essas mudanças podem envolver aumento de peso e outras transformações físicas, com uma

atenção especial ao impacto psicológico nas mulheres, pois frequentemente há uma pressão social para manter padrões estéticos de beleza (Flores et al., 2021). Segundo Morais (2019), as alterações na imagem corporal podem advir de problemas de autoestima, diminuição das capacidades sensoriais, alterações muscoesqueléticas, dificuldades no processamento cognitivo e problemas de inclusão social. Neste seguimento, a percepção de si é alterada, podendo resultar num conflito entre a aparência física e a imagem interna do corpo (Lecuyer, 1994 citado por Fernandes et al., 2018; Fernandes et al., 2018). De acordo com o mesmo autor, este processo pode ser semelhante ao de um luto, por se caracterizar como a perda de um corpo familiar, que pode causar sentimentos de estranheza e insegurança, alterando a identidade da pessoa e a interação entre o real e o imaginário.

Outros estudos indicam que os homens tendem a preocupar-se mais com a perda de funcionalidade e mobilidade, e menos com o aumento de peso ou a manutenção de uma forma física delgada (Costa et al., 2019). Num estudo sobre a autoestima e a qualidade de vida, foi evidenciado que quanto pior autoestima, pior a qualidade de vida da pessoa idosa (Souza et al., 2022). Além disso, ocorrem alterações socioemocionais à medida que a pessoa idosa começa a ver-se mais impotente e frágil, considerando o corpo como um recipiente que a incapacita e limita a sua capacidade de ser ativa.

A nível biológico, o envelhecimento é frequentemente visto como a deterioração molecular e celular ao longo do tempo, e a senescência está diretamente relacionada com défices nas competências psicomotoras do indivíduo (OMS, 2022). Relativamente às alterações cognitivas, observa-se um impacto principalmente na velocidade de processamento, memória episódica e de trabalho, habilidades visuoespaciais, funções executivas e habilidades motoras finas e globais, frequentemente associadas à atrofia cerebral global (James et al., 2023). Embora algumas funções cognitivas, como o raciocínio indutivo, a fluência verbal e a atenção executiva, possam piorar com a idade (Aron et al., 2022, citado por Ávila & Rodrigues, 2024), outras funções permanecem preservadas. Contudo, as habilidades cognitivas do cérebro, como a capacidade de realizar múltiplas tarefas de maneira eficiente, diminuem progressivamente ao longo do envelhecimento (Ávila & Rodrigues, 2024). Nesse

sentido, o desempenho cognitivo tende a ser reduzido, o que se traduz em sintomas como dificuldades em aprender novos conceitos, défices de memória, atenção, velocidade de tomada de decisão, percepção sensorial e coordenação motora (Ávila & Rodrigues, 2024). De acordo com Morais et al., (2019), é possível preservar algumas dessas capacidades até idades avançadas, mas a memória de curto prazo é uma das mais afetadas.

As alterações biológicas mencionadas anteriormente provocam inevitavelmente problemas imunológicos, independentemente do estilo de vida adotado ao longo da vida (Cochar-Soares, 2021). Com o envelhecimento, ocorre ainda um comprometimento do sistema nervoso central, dificultando o processamento dos sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos, todos essenciais para a manutenção do equilíbrio corporal e da capacidade funcional (Cochar-Soares, 2021). De acordo com Oliveira et al. (2020), é comum a perda de massa muscular, falta de elasticidade da pele, dificuldades na realização de tarefas da vida diária, défices de memória e a coexistência com comorbidades como doenças crónicas.

Portanto, é importante destacar que as alterações cognitivas e psicomotoras estão intimamente ligadas ao declínio funcional, o que limita o desempenho de atividades diárias e reduz a massa óssea e muscular (Cochar-Soares, 2021). Estas características tendem a piorar no envelhecimento típico, mas podem ser retardadas ou minimizadas através da prática regular de atividades físicas e motoras (Rodrigues et al., 2022).

No que diz respeito ao envelhecimento psicológico, as alterações refletem-se principalmente nas competências socioemocionais, alterando o comportamento e a interação social, o que é uma consequência dos défices motores e da diminuição da participação ativa na comunidade (Cochar-Soares, 2021). A redução da participação social afeta negativamente a saúde mental da pessoa idosa, favorecendo o aumento do isolamento, o que pode resultar em depressão, ansiedade e insónia (Cochar-Soares, 2021). A carga emocional negativa provocada por essas alterações pode originar lesões orgânicas e contribuir para o desenvolvimento de doenças psicossomáticas (Cochar-Soares, 2021). O envelhecimento social, por sua vez, está relacionado com a perda de

papéis e funções sociais, o que diminui o contacto e as interações sociais da pessoa idosa, agravando o seu isolamento (Cochar-Soares, 2021).

Por fim, Rosado et al. (2020) afirmam que, sob a perspetiva psicomotora, o envelhecimento envolve uma dialética entre a perda das capacidades funcionais e psíquicas. Durante esse processo, a pessoa idosa perde competências funcionais, práticas, gnósticas e de percepção espacial e temporal. À medida que essas capacidades declinam, surgem outros problemas, como a fobia da queda, dificuldades na regulação emocional e desvalorização da imagem corporal, que podem levar a dificuldades de identidade e na construção de relações interpessoais.

Essa dualidade entre a psique e a motricidade é crucial: o corpo da pessoa idosa, muitas vezes fragilizado, pode comprometer a sua identidade (Fernandes, 2014, citado por Rosado et al., 2020). Nesse contexto, a pessoa idosa é um ser individual e social, e quando inserida num contexto de institucionalização, pode ser ainda mais difícil encontrar figuras-modelo com as quais se identifique positivamente. Muitas vezes, os pares na instituição estão fragilizados ou recebem cuidados paliativos (Attias-Donfut, 2008, citado por Rosado et al., 2020). Além disso, algumas pessoas idosas sentem-se abandonadas e esquecidas pelos seus familiares ao serem institucionalizadas.

A pessoa idosa institucionalizada frequentemente se vê presa a uma vida anterior à instituição e à sua identidade passada, sentindo que o seu corpo, agora envelhecido, a limita na sua capacidade de ser ativa e independente. Esse processo pode afetar profundamente a sua identidade, pois ela vê-se separada da sociedade em que foi ativa e integrada (Fernandes et al., 2018). Muitas vezes, recorre a “modelos” mais jovens, com quem se possa identificar, mas o que ocorre frequentemente são mecanismos de projeção, onde a pessoa projeta os seus desejos, sentimentos e frustrações no outro, como uma forma de defesa (Rosado et al., 2020).

Envelhecimento saudável

O conceito de envelhecimento saudável pode ser caracterizado por três componentes principais, nomeadamente a diminuição do surgimento de doenças e deficiências associadas; um bom desempenho nas competências físicas e

cognitivas e a continuação de um envolvimento ativo na vida quotidiana (Rowe & Kahn, 1987, 1998, citados por Tesch-Römer & Wahl, 2017). Diferente do "envelhecimento habitual", o envelhecimento bem-sucedido maximiza as reservas de capacidades latentes (Baltes et al., 2006, citados por Tesch-Römer & Wahl, 2017) e promove a adoção de estilos de vida saudáveis (Fries, Bruce & Chakravarty, 2011, citados por Tesch-Römer & Wahl, 2017), sempre que existam condições propícias para o seu desenvolvimento.

O envelhecimento saudável não significa ausência de doenças ou patologias, mas sim a criação de ambientes e oportunidades que permitam à pessoa idosa ser e fazer o que valoriza ao longo da sua vida (World Health Organization [WHO], 2020). Deste modo, todas as pessoas podem ter acesso a um envelhecimento saudável, pois mesmo com algumas condições de saúde prejudiciais, quando bem controladas, têm pouca influência no seu bem-estar (WHO, 2020).

Para isso, é fundamental a cooperação entre vários setores para criar ambientes favoráveis à pessoa idosa, para que não só os cuidados básicos sejam assegurados, mas também se consiga integrar a sociedade de forma a serem ativos e continuarem a atingir seus objetivos de vida e bem-estar (WHO, 2020). Esses setores podem ser constituídos pelos cuidados continuados, saúde, transportes, habitação, trabalho, proteção e apoio social, informação e comunicação, e a coordenação a vários níveis de governo (WHO, 2020).

De acordo com a WHO (2020), determinaram-se quatro áreas de ação da Década do Envelhecimento Saudável das Nações Unidas: (i) mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento; (ii) proporcionar comunidades que promovam as capacidades das pessoas idosas; (iii) prestar cuidados de saúde primários e centrados na pessoa, integrando serviços que atendam à pessoa idosa; (iv) proporcionar o acesso a cuidados de longa duração às pessoas idosas que deles necessitem.

Relativamente às comunidades Ageing-Friendly, pode-se perceber que a saúde e o bem-estar são determinadas não apenas pelos nossos genes e características pessoais, mas também pelos ambientes físicos e sociais em que

vivemos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023). Por essa razão, foi comprovado que o desenvolvimento de cidades e comunidades amigas das pessoas idosas é crucial. Essas cidades e comunidades melhoram o acesso a serviços essenciais e permitem que as pessoas sejam e façam o que valorizam. Estes ambientes determinam se as pessoas idosas podem continuar a trabalhar ou estudar, cuidar de si próprias, exigir e receber assistência social, satisfazer suas necessidades básicas, e passar tempo com amigos e familiares, mantendo relações sociais (World Health Organization, 2020).

Como foi demonstrado, os ambientes desempenham um papel importante na determinação da nossa capacidade física e mental ao longo da vida e na velhice, além de influenciar a forma como nos adaptamos à perda de função e a outras formas de adversidades que podemos experimentar em diferentes fases da vida (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023). Nesse sentido, cada pessoa idosa tem uma dinâmica única e é heterogênea em relação às demais, com as suas próprias mudanças ao longo da vida. O ambiente, portanto, desempenha um papel fundamental, pois quando a pessoa e o ambiente estão em constante interação, pode-se criar condições para permitir ou restringir o envelhecimento saudável. O desenvolvimento de cidades e comunidades amigas das pessoas idosas é uma forma comprovada de criar ambientes mais favoráveis para todos. Portanto, as cidades e comunidades amigas das pessoas idosas melhoram o acesso a serviços essenciais e permitem que as pessoas sejam e façam o que valorizam (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023).

Relativamente à forma como pensamos e sentimos o envelhecimento, é importante focar na diminuição do preconceito etário, uma vez que este afeta negativamente a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação aos outros e a nós mesmos, com base na idade. O preconceito etário pode gerar barreiras prejudiciais ao desenvolvimento de boas políticas e programas para as pessoas idosas e para os mais jovens, resultando em efeitos negativos na saúde e no bem-estar das pessoas idosas (WHO, 2020).

Em relação ao acesso a cuidados de longa duração, estes são uma medida importante devido ao aumento da idade e ao aumento dos riscos de declínios nas capacidades físicas e mentais (WHO, 2020). Esses declínios

progridem e manifestam-se como deficiência visual, perda auditiva, declínio cognitivo, desnutrição, perda de mobilidade, sintomas depressivos, incontinência urinária e quedas (WHO, 2020).

Dessa forma, para apoiar os cuidados contínuos, devido às alterações mencionadas, a abordagem da Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE) oferece cuidados de forma contínua e consistente, ajudando a reorientar os serviços sociais e de saúde para um modelo mais centrado na pessoa (WHO, 2020).

Esses sistemas permitem que as pessoas idosas, que enfrentam declínios significativos na sua capacidade, recebam os cuidados e o apoio necessários para viver uma vida compatível com os seus direitos básicos, liberdades fundamentais e dignidade humana (WHO, 2020). Estes serviços também podem ajudar a reduzir a utilização inadequada de serviços de saúde agudos, apoiar as famílias economicamente e evitar a sobrecarga dos cuidadores, frequentemente mulheres (WHO, 2020).

De acordo com Carvalhais et al. (2019), envelhecer ativamente envolve preservar a participação contínua em questões econômicas, culturais, espirituais e civis, assim como manter a autonomia e independência da pessoa idosa.

Um dos promotores do envelhecimento ativo é a manutenção de uma vida fisicamente ativa, que melhora a capacidade motora (Faustino, 2022). A atividade física estimula adaptações nos sistemas fisiológicos, especialmente no sistema neuromuscular, que é essencial para a coordenação dos movimentos, no sistema cardiopulmonar, que distribui o oxigênio e os nutrientes de forma mais eficiente, e nos processos metabólicos, que aumentam coletivamente os níveis aeróbicos e a capacidade física. Além disso, a pessoa idosa, através da atividade motora, aumenta o bem-estar psicológico ao realizar tarefas com diferentes níveis de complexidade (Faustino, 2022).

De acordo com Cochar-Soares (2021), a estimulação cognitiva também exerce grande influência na prevenção de demência. A prática regular de atividade motora, estimulação cognitiva por meio de leituras, jogos de raciocínio, novas aprendizagens e a manutenção das competências sociais ajudam a

preservar uma boa qualidade de vida e uma relação mente-corpo saudável. Dessa forma, promove-se a saúde em pessoas com alguma perda de capacidade, garantindo um envelhecimento seguro, contínuo, e mantendo a autonomia (WHO, 2020).

O envelhecimento saudável também pode ser promovido nas instituições, tanto públicas quanto privadas, através de intervenções como programas de extensão universitária, universidades sêniores, alfabetização para pessoas acima de 45 anos, entre outras (de Sousa et al., 2021). Nesse contexto, há a possibilidade de realizar novas aprendizagens em áreas como conteúdo psicológico, sociológico e médico sobre o envelhecimento, atualizações culturais, noções básicas de informática e atividades de lazer, físicas e artísticas, entre outras (de Sousa et al., 2021).

Em conformidade com o exposto, a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável delineou quatro eixos estratégicos para garantir que a pessoa idosa tenha acesso a um envelhecimento ativo (Portal do SNS, 2017). Estes eixos incluem: (1) promoção de práticas preventivas para reduzir doenças crônicas e níveis de dependência, potenciando as competências motoras e psíquicas; (2) promoção da participação em educação e formação ao longo da vida; (3) criação de ambientes físicos e sociais que permitam a inclusão ativa da pessoa idosa na comunidade; e (4) iniciativas para assegurar a segurança da pessoa idosa, minimizando riscos e promovendo o bem-estar, além da promoção da pesquisa científica na área do envelhecimento (Portal do SNS, 2017).

Por fim, nas regiões rurais, como o Alentejo, é fundamental focar na estimulação cognitiva, já que, segundo Trupel et al. (2022), as pessoas idosas que vivem nessas áreas frequentemente apresentam vulnerabilidade devido à idade avançada e baixa escolaridade. Assim, torna-se crucial atuar preventivamente com rastreios precoces e medidas de monitorização (Trupel et al., 2022). Além disso, devido à barreira sociodemográfica, que muitas vezes resulta em solidão e falta de acesso a recursos, é importante garantir a continuidade do cuidado à pessoa idosa (Trupel et al., 2022).

Envelhecimento patológico

O envelhecimento secundário ou patológico resulta do impacto acumulado de fatores ambientais, doenças e lesões ao longo da vida (Spar & La Rue, 2005). Este processo, que ocorre gradualmente durante a vida, pode manifestar-se de forma diferente em cada pessoa, com sinais de alerta a surgir em idades distintas, dependendo do estilo de vida e da maior ou menor predisposição para determinadas doenças ou condições (Carvalho & Duque, 2021).

Tal como referenciado no capítulo anterior há várias medidas e escolhas de vida que podem influenciar o nosso envelhecimento ao longo da vida, podendo prevenir ou retardar sintomas de doenças que possam vir a surgir ao longo do tempo.

O processo de envelhecimento provoca mudanças fisiológicas associadas à diminuição das capacidades físicas, alterações sensoriais e modificações mentais, cognitivas e sociais, que acrescentam novos registos à história de vida de cada pessoa (Branquinho & Falcão, 2021). Com o surgimento de qualquer patologia, estas modificações tornam-se mais evidentes e, conseqüentemente, mais marcantes para a história pessoal do indivíduo (Branquinho & Falcão, 2021).

De acordo com Leuck (2024), a maioria das pessoas desenvolve condições de saúde crónicas e não transmissíveis, algumas das quais aumentam os níveis de dependência. Exemplos incluem fraturas, incontinência, perturbações do sono ou ligadas à sexualidade, défices cognitivos (memória) e doenças neurodegenerativas (como a doença de Alzheimer e a doença de Parkinson), assim como problemas auditivos, visuais, de comunicação e de fala (Leuck, 2024). Também se incluem hipertensão, doença coronariana, artrite, delírio, desnutrição, quedas, distúrbios da marcha, úlceras por pressão, défices sensoriais, fadiga e tontura (Anbazhagan et al., 2020).

Segundo Brandily (2023), as patologias mais frequentes na pessoa idosa são as cardiovasculares, nomeadamente anginas de peito, infarto do miocárdio, hipertensão arterial, hipotensão ortostática, cardiomiopatias e doenças

valvulares, entre outras. As patologias respiratórias incluem insuficiências respiratórias, doença pulmonar obstrutiva crônica e asma brônquica de idade. No que diz respeito às doenças digestivas, incluem-se o refluxo gastroesofágico, hemorragias digestivas e doenças do fígado. Relativamente ao sistema urinário, destacam-se as infecções urinárias, a incontinência urinária e a insuficiência renal crônica (Brandily, 2023). As doenças osteoarticulares incluem osteoporose primária e secundária, osteoartrite e artrite. No que diz respeito ao metabolismo e nutrição, são referidas desnutrição ou desnutrição proteica-calórica, obesidade e diabetes mellitus tipo I e tipo II (Brandily, 2023). Por último, no âmbito da hematologia, as anemias e as patologias oncológicas, bem como doenças de pele como úlceras e escaras, também são relevantes (Brandily, 2023).

Relativamente aos quadros de demência, atualmente designados como Perturbação Neurocognitiva no DSM-5 (APA, 2013), estes caracterizam-se pela diminuição do desempenho nas funções cognitivas em comparação com estados anteriores, interferindo no desempenho das atividades por parte da pessoa idosa (Branquinho & Falcão, 2021). Para além disso, 90% dos pacientes com demência apresentam sintomas como psicose, agressão, agitação e depressão (Gomide et al., 2022).

De acordo com Cortiçada et al. (2018), as duas principais patologias observadas são a demência e a doença de Parkinson. Estas patologias afetam várias competências; no entanto, neste estudo sobre a comunicação no envelhecimento patológico, evidenciaram-se dificuldades na linguagem, sendo que se observou uma maior prevalência na doença de Alzheimer. Por outro lado, os indivíduos com doença de Parkinson revelam menores dificuldades comunicativas (Cortiçada et al., 2018). Na doença de Parkinson, ocorrem também alterações na marcha, síndromes posturais e défices no equilíbrio. Além disso, os pacientes com esta doença apresentam frequentemente sensibilidade olfatória, perturbações do sono, depressão, ansiedade, alterações gastrointestinais, disfunções urogenitais e repercussões somatossensoriais (Vidal et al., 2024).

Por fim, é importante referir que, entre as patologias neurodegenerativas, a demência de corpos de Lewy pode afetar o processo de envelhecimento de forma lenta e progressiva. Esta patologia ocorre devido ao desenvolvimento de

corpos de Lewy nas células nervosas, interferindo na realização das atividades da vida diária (Medeiros et al., 2024). A pessoa idosa que apresenta este tipo de demência revela sintomas como alterações no padrão de sono, tonturas, défices nas competências cognitivas, alucinações visuais persistentes e tremores (Medeiros et al., 2024).

Para além das patologias mencionadas, é crucial considerar como essas condições afetam as competências psicomotoras da pessoa idosa, uma vez que estas competências são fundamentais para a realização das atividades da vida diária (Medeiros et al., 2024). A deterioração das capacidades motoras e cognitivas não apenas limita a autonomia, mas também compromete a qualidade de vida do idoso (Medeiros et al., 2024), especialmente para aqueles que vivem na comunidade ou em instituições, onde o apoio é essencial, tal como mencionado neste capítulo.

Assim, compreender as especificidades das competências psicomotoras na população idosa, especialmente em contextos de apoio domiciliário e institucional, é fundamental para o desenvolvimento de estratégias eficazes que promovam um envelhecimento ativo e saudável. Para além disso, identificar práticas e intervenções que possam melhorar as condições de vida e saúde da pessoa idosa, minimizando os impactos das patologias associadas ao envelhecimento.

Competências psicomotoras no processo de envelhecimento

Competências psicomotoras no processo de envelhecimento típico

As competências psicomotoras referem-se à capacidade de realizar atividades que envolvam a interação entre processos cognitivos e habilidades motoras. Estas incluem uma variedade de competências, como coordenação, equilíbrio, agilidade e destreza, que são essenciais para o desempenho de atividades diárias, desde as mais simples, como caminhar e apanhar objetos, até às mais complexas, que requerem maior precisão, planeamento e controlo motor.

Estas competências são fundamentais para a autonomia e a independência, uma vez que influenciam a forma como uma pessoa se movimenta, interage com o ambiente e realiza tarefas quotidianas (Francisco et al., 2019). Através da integração entre a mente e o corpo, as competências psicomotoras permitem que os indivíduos respondam adequadamente a diferentes situações, adaptando-se às exigências do seu dia a dia (Francisco et al., 2019). Ao longo da vida estas competências vão sofrendo alterações como referido em capítulos anteriores.

No envelhecimento normal o equilíbrio tende a sofrer um declínio pela diminuição da atividade neural, o que pode comprometer a manutenção da postura (dos Santos et al., 2016). O equilíbrio constitui uma habilidade complexa, integrando informações sensoriais, motoras e cognitivas para a manutenção efetiva da estabilidade postural perante perturbações internas ou externas (Oliveira et al., 2024). Segundo Brandily (2023) ocorrem alterações motoras como a redução da força muscular, aumento do tempo de reação e diminuição da velocidade de contração dos músculos o que pode causar a desaceleração da marcha. As informações visuais, vestibulares e proprioceptivas também estão modificadas, o que pode causar um maior défice no equilíbrio, gerando o aparecimento de instabilidade médio-lateral (Brandily, 2023).

Relativamente à coordenação, esta caracteriza-se pela capacidade que o corpo tem de desenvolver movimentos a partir das informações enviadas pelo cérebro para as diversas partes do corpo, permitindo a realização dos mais variados movimentos de forma coordenada (Charal et al., 2022). A coordenação é, assim, essencial para que a pessoa idosa mantenha a sua autonomia. No entanto, observam-se frequentemente falhas na realização de tarefas simultâneas, o que acaba por exigir uma maior concentração por parte da pessoa idosa (Brandily, 2023). O esquema corporal também se encontra afetado o que requer prática de atividade física de fundo, como caminhadas e de estimulação sensorial (Brandily, 2023).

No fator estruturação espaço-temporal podem observar-se possíveis enfraquecimentos da estruturação espacial. A estruturação rítmica é geralmente preservada (Brandily, 2023). De acordo com Nguyen & McKendrick (2016) a

noção espacial encontra-se afetada, devido a alterações sensoriais e na percepção de fatores como a luminosidade, contraste ou orientação angular.

Em relação à Lateralidade, a percepção da verticalidade postural está um pouco menos precisa (Brandily, 2023). Nas Gnosias não são notadas grandes diferenças ao longo do processo de envelhecimento (Brandily, 2023). Nas Praxias não ocorrem alterações significativas, porém podem observar-se alguns pequenos défices na execução gestual, nomeadamente a precisão e localização do gesto (Brandily, 2023).

Nas competências cognitivas ocorrem défices leves na atenção, diminuição da memória de trabalho e alguns possíveis enfraquecimentos das funções executivas, nomeadamente a alteração da flexibilidade mental (Glisky, 2007; Harada et al., 2013 citado por Rocha et al., 2016). Para além disso pode haver uma boa preservação da linguagem, memória semântica, raciocínio, cálculo e memória processual (Brandily, 2023).

As representações afetivas do corpo e de si mesmo refere-se à aparência do corpo, ao seu desempenho físico e cognitivo, às suas motivações, aos mecanismos de regulação da emoção, da excitação e do relacionamento (Brandily, 2023).

No processo de envelhecimento normal ocorrem mais experiências de perda com todas as alterações da sua fisionomia e diminuição de funções motoras, sensoriais ou cognitivas. De acordo com (Rosado et al., 2020), a diminuição da sensibilidade somato-visceral, as perdas afetivas e o aumento do isolamento que causa a diminuição de relações com os outros, afetam negativamente a imagem corporal e a representação que a pessoa tem de si. Pelo exposto, a pessoa idosa pode sentir emoções negativas o que pode causar alterações do sentimento de identidade com períodos de luto (Brandily, 2023).

Competências psicomotoras no processo de envelhecimento com comprometimento cognitivo

Nas competências psicomotoras da pessoa idosa, quando há algum comprometimento cognitivo, os fatores psicomotores alteram-se de forma diferente.

Primeiramente, na motricidade da pessoa idosa observa-se uma diminuição da força muscular, o aumento do tempo de reação e diminuição da velocidade da contração muscular (Brandily, 2023). Pelo exposto, ocorre a diminuição da velocidade da marcha (Dantas & Alcântara, 2015); das informações visuais, vestibulares e proprioceptivas (Brandily, 2023). Para além disso, observam-se alterações nas habilidades visuoespaciais e visuoconstrutivas (Fortes & Rabelo, 2010).

Em relação ao equilíbrio o mesmo pode estar fragilizado, onde se observa instabilidade mediolateral, o que afeta a coordenação pois ocorrem falhas na dupla tarefa e isso acaba por requerer um maior esforço de concentração para realizar ações simples (Brandily, 2023).

O fator esquema corporal encontra-se empobrecido e a pessoa idosa necessita para além da sua estimulação, a realização de atividade física de fundo e de estimulação sensorial (Brandily, 2023).

Relativamente às representações afetivas do corpo e de si mesmo, a pessoa idosa vê-se com dificuldades em relação à sua identidade. Isto torna-se alarmante no sentido em que a ansiedade gerada pelas perturbações cognitivas podem causar um maior retraimento por parte da pessoa idosa (Brandily, 2023).

No fator estruturação espaciotemporal, os défices na memória de eventos recentes podem causar dificuldades na orientação temporal (Brandily, 2023). A lateralidade, encontra-se menos precisa relativamente à perceção postural e as gnosias não apresentam alterações notáveis, mas ocorrem possíveis perturbações na execução do gesto, sendo este mais hesitante ou menos harmonioso (Brandily, 2023).

Relativamente às competências cognitivas, observam-se queixas mnésicas com perturbação da memória a curto prazo e défices cognitivos insuficientemente graves para serem considerados critérios de diagnóstico de demência (Brandily, 2023). A linguagem e as funções executivas podem estar

também afetadas (Casemiro et al., 2018); dificuldades no cálculo, mudanças na atenção, diminuição no raciocínio. Quando há patologia, mas ainda se observa um comprometimento leve, ocorrem falhas na memória recente, desorientação temporal e espacial e perda de interesse em atividades cotidianas (Silva et al., 2021).

Competências psicomotoras no envelhecimento com patologia demencial de perturbação neurocognitiva

Na doença de Alzheimer e outras patologias caracterizadas com demência moderada a grave, as alterações nas competências psicomotoras, nomeadamente, na coordenação, equilíbrio e motricidade são a hipertonicidade e a instabilidade psicomotora (Brandily, 2023). Nas alterações cognitivas observam-se dificuldades na memória sendo que se observa incapacidade da pessoa idosa se lembrar do nome de pessoas próximas, alterações comportamentais e de linguagem (Silva et al., 2021).

No estágio grave observa-se apatia motora com perturbações graves na marcha (Brandily, 2023).

No fator esquema corporal há uma desestruturação do mesmo e nas representações afetivas do corpo, ocorrem alterações da sensação de unificação do corpo, perturbações de identidade, alimentares e sexuais (Brandily, 2023).

No fator espacial há uma grande dificuldade na diferenciação lateral (Brandily, 2023). De acordo com Juhel, em caso de demência, a pessoa idosa frequentemente não sabe distinguir eventos atuais de eventos passados (citado por Branquinho et al., 2021).

Em relação às gnosias, observam-se agnosias visuais, auditivas, táteis, espaciais, prosopagnosia e somatognosia (Brandily, 2023). De acordo com Sequeira (2018) ocorrem observam-se apraxias e agnosias. Neste seguimento, na praxia observam-se apraxias ideológicas, ideomotora, construtivas, de vestir e agrafia. Nas competências cognitivas observa-se um grande declínio cognitivo (Brandily, 2023).

Na doença de Parkinson podem ocorrer modificações na tonicidade apresentando rigidez muscular, bradicinesia, e tremores de repouso, desequilíbrio postural (Aquino et al., 2021). Para além disso observa-se perturbações de sinergia psicomotora, nomeadamente alteração da marcha e défices no equilíbrio, o que aumenta o risco de queda (Brandily, 2023). O esquema corporal também se encontra empobrecido, pois a pessoa idosa não consegue ter uma boa perceção do seu corpo, observando-se assim um fenómeno de despersonalização ao nível da representação corporal, porém não se observa desorientação espacial e temporal, tal como défices na lateralidade (Brandily, 2023).

No fator gnosis, observam-se problemas leves somatognósticos e nas praxias ocorrem perturbações relacionadas com a hipertonia e défices visuoespaciais, mas com preservação da sequência gestual (Brandily, 2023).

Nas competências cognitivas observam-se dificuldades na flexibilidade mental, de coordenação (dupla tarefa), visuo-espacial, défices na memória de trabalho, da memória episódica e processual (Brandily, 2023). De acordo observam-se défices nas funções executivas, no planeamento, bem como alterações na atenção (Rosa et al., 2020).

Por último, no pós-acidente vascular cerebral quando há uma hemiplegia esquerda total pode ocorrer hipertonia espástica ou hemiplegia flácida e paralisia facial (Brandily, 2023). As dificuldades na marcha caracterizam-se por distúrbio da organização central da marcha (Brandily, 2023).

No esquema corporal observa-se negligência espacial unilateral e heminegligência e por isso tendo este fator empobrecido, a representação afetiva do corpo da pessoa idosa também estará afetada apresentando asomatognosia parcial e experiência do corpo fragmentado (Brandily, 2023).

A pessoa idosa com esta patologia apresenta desorientação espacial e temporal e podem também ser observadas possíveis agnosias e apraxias. De acordo com (Pinto, 2017), o acidente vascular cerebral pode causar afasias e outros problemas cognitivos. Nas competências cognitivas podem apresentar-se dificuldades na labilidade emocional, distúrbios fásicos e síndrome disexecutiva (Brandily, 2023).

Envelhecimento demográfico e as dificuldades de resposta dos sistemas em Portugal/Alentejo

Atualmente, o que marca a nossa sociedade é o grande envelhecimento demográfico, sendo Portugal um dos países europeus com faixas etárias mais velhas (Tavares et al., 2023). Em Portugal, a população idosa é representada por 23,4% (INE, 2021) e 36,8% de índice de dependência da pessoa idosa (Pordata, 2023) a nível nacional. Segundo Ribeiro et al., (2024) o continente europeu é o mais envelhecido, pois 19,7% da sua população tem mais de 65 anos. Neste seguimento, Portugal é o 2º país da União Europeia com maior índice de envelhecimento e o 4º país do Mundo com maior proporção de população idosa (Pordata, 2024).

Dado o exposto, será importante abordar não só o aumento da esperança média de vida, mas também o facto de a pessoa idosa, no seu processo de envelhecimento, viver ou não com autonomia e qualidade de vida (INE, 2024). Deste modo, ao compreender os níveis de apoio à pessoa idosa e analisar mais detalhadamente quais os parâmetros que são afetados dentro desses níveis, é possível identificar respostas adequadas às especificidades desta população, considerando também a sua inter-relação com o meio social e ambiental (Moreira, 2020). A este envelhecimento, acrescem as baixas taxas de natalidade e a mudança do padrão familiar levando isto à necessidade crescente de serviços sociais requeridos e a ser prestados para a pessoa idosa (Narkauskaitė-Nedzinskienė et al., 2020). Serviços sociais estes que não estão preparados nem têm recursos para responder a todas as necessidades a que esta população exige.

Como referido acima, concomitantemente ao processo de envelhecimento ocorre o aumento de riscos relacionados com o aumento das doenças crónicas e o aumento da incapacidade (Marques da Costa et al., 2022; Santinha et al., 2023 citado por Tavares et al., 2023). Segundo Tavares et al., (2023) esta realidade acaba por ser um dos principais desafios ao sistema de saúde, pois significa que as pessoas idosas necessitam de monitorização regular do seu estado de saúde, ou seja, um aumento da utilização de cuidados de acordo com

as suas necessidades que vão acrescer custos ao sistema de saúde nacional, à pessoa idosa e à sua família. Para além do exposto, os hobbies, a atividade física e os rendimentos também tendem a sofrer uma redução durante o processo de envelhecimento, o que afeta conseqüentemente os benefícios associados ao lazer reportados na literatura (Narkauskaitė-Nedzinskienė et al., 2020). Torna-se assim desafiante a nível pessoal e social manter a saúde física, mental e a qualidade de vida, no sentido de a pessoa idosa conseguir ser ativa na comunidade de forma independente e viver uma vida preenchida sem doenças que a incapacitem (Narkauskaitė-Nedzinskienė et al., 2020) para a vivência de um envelhecimento saudável.

Neste sentido, os prestadores de cuidados são cruciais no cuidado da saúde da pessoa idosa e manutenção/melhoria do seu bem-estar e qualidade de vida, porém são ainda algumas as barreiras que dificultam esta prestação de cuidados (Franco & Marques da Costa, 2022 citado por Tavares, 2023). Segundo Figueiredo et.al, (2021), muitas famílias têm poucas condições financeiras, não tendo outra alternativa se não contratar alguém que realize as tarefas domésticas e, em simultâneo, cuide da pessoa idosa. Estes cuidadores informais muitas das vezes não têm qualquer formação para ajudar nas AVD`S e realizar tarefas próprias de enfermagem, tais como a administração medicamentosa. Segundo Figueiredo et.al, (2021), há uma carência de apoio financeiro para os familiares que necessitam deste tipo de cuidados para a pessoa idosa. Por este motivo e para o reconhecimento do trabalho de cuidador, foi essencial a aprovação do Estatuto do cuidador informal pela Lei nº 100/2019 (Portugal, 2019), de 6 de setembro. A tarefa de cuidar acaba por ser um trabalho a tempo inteiro que consome o tempo pessoal e de lazer do cuidador que prescinde de horários de trabalho, ou mesmo do emprego, resultando num menor rendimento financeiro familiar. Estas questões impactam o cuidador, podendo induzir uma desregulação socioemocional, pois a saúde mental vê-se afetada, sendo que não há tempo para cuidar de si. Este impacto negativo tem repercussões na saúde e bem-estar da pessoa idosa.

Pelo exposto torna-se essencial as medidas do Estatuto do cuidador informal, visto que o cuidador informal principal, ou seja, aquele que cuida de forma permanente e regular, sem receber remuneração para além do apoio

financeiro do estatuto, passa a ter determinados benefícios e apoio financeiro sob certas condições. Portanto algumas destas condições são (i) a pessoa cuidada ter uma dependência severa e necessitar de apoio contínuo para as atividades diárias e ser beneficiária da Prestação Social para a Inclusão ou de complemento por dependência de 2.º grau; (ii) o cuidador informal principal não pode ter atividade profissional remunerada, tem de coabitar com a pessoa cuidada e não pode receber outro apoio ou subsídio com a mesma finalidade; (iii) deve estar inscrito como cuidador informal principal no Estatuto do Cuidador Informal (Lei nº100/2019, 2019). Para além disto e como referido anteriormente, a saúde mental do cuidador era algo que estava em causa e que muitas vezes era prejudicada e por isso os cuidadores informais podem ter acesso apoio psicológico e formação, períodos de descanso do cuidador e acesso a cuidados e serviços de saúde específicos para a pessoa cuidada (Lei nº100/2019, 2019).

A idade do cuidador poderá também ser uma barreira para o ato de cuidar, segundo Terassi et al., (2021), com o avançar da idade há uma tendência para maior sobrecarga, stress e dores físicas associadas a lesões oriundas do ato de cuidar. A morte é mais uma sobrecarga sentida pelo cuidador em casos de cuidados paliativos (Teixeira et al., 2022). Pelo exposto, urge a necessidade de dar resposta a vários níveis de ação pública que respondam de forma adequada às necessidades individuais e especializadas de saúde (Bárrios et al., 2020 citado por Tavares, 2023). Uma das soluções é o apoio domiciliário, caso a pessoa idosa ou os familiares consigam ter possibilidade financeira ou conhecimento de apoios que possibilitem esses cuidados. Por outro lado, recorrer à institucionalização, sendo na mesma uma opção da família ou até da própria pessoa idosa. Em acordo será fundamental encontrar estratégias medidas e ações que mantenham a pessoa idosa o mais independente e funcional possível ao longo do processo de envelhecimento.

As desigualdades regionais são outro aspeto a ser considerado no contexto do envelhecimento, com diferenças significativas entre as zonas rurais e urbanas. Segundo Arruda et al. (2018), os idosos das zonas rurais enfrentam grandes dificuldades no acesso a serviços de saúde, mobilidade reduzida e condições socioeconómicas mais vulneráveis, além de estarem mais expostos ao isolamento social. A vida no meio rural, caracterizada por menor acesso a

cuidados médicos e infraestrutura, agrava ainda mais a situação. Por outro lado, os idosos das zonas urbanas têm, em geral, um melhor acesso a serviços de saúde e cuidados médicos, mas enfrentam desafios relacionados com o custo de vida elevado, o sedentarismo e, em alguns casos, o isolamento social causado pelo estilo de vida acelerado nas cidades (Arruda et al., 2018).

No Alentejo, a situação do envelhecimento é particularmente preocupante. O aumento da dependência funcional e do isolamento social é acentuado nesta região, com cerca de 44,2 % dos idosos a viverem sozinhos por mais de 8 horas diárias, o que agrava ainda mais a solidão e a falta de apoio social (Oliveira et al., 2010). Os idosos no Alentejo têm também uma probabilidade 101% maior de desenvolver dependência funcional, enfrentando dificuldades nas atividades do dia-a-dia, o que os torna mais vulneráveis (Oliveira et al., 2010). Além disso, a taxa de quedas nesta região é elevada, especialmente entre as mulheres e os mais velhos, com consequências graves como sequelas e a necessidade de cuidados prolongados. A falta de atividade física também é um problema significativo, com 68% dos idosos a apresentarem hábitos de vida inadequados, o que contribui para a diminuição da sua qualidade de vida (Oliveira et al., 2010). Estes dados revelam a vulnerabilidade da população idosa no Alentejo e a necessidade urgente de políticas públicas que promovam a autonomia, a mobilidade e a inclusão social.

Por fim, o estudo da funcionalidade dos idosos com base na Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) revela que, no Alentejo, a funcionalidade dos idosos se mantém em níveis elevados até os 75 anos, com um declínio gradual a partir dessa idade, que resulta no aumento da necessidade de cuidados terapêuticos (Lopes et al., 2013). A literacia, as dificuldades financeiras e o isolamento social são fatores que agravam a situação, tornando essencial a implementação de políticas públicas e serviços de apoio que respondam eficazmente às necessidades desta população (Lopes et al., 2013).

A avaliação do contexto de vida dos idosos deve abranger não apenas a sua condição física, mas também as suas necessidades emocionais, sociais e cognitivas, pois todos esses fatores estão interligados e impactam diretamente a sua qualidade de vida. Cada ambiente em que o idoso se encontra, seja a sua casa, a casa de um familiar ou uma instituição de cuidados, apresenta desafios

e oportunidades distintas para o seu bem-estar. Nesse sentido, o conhecimento do contexto familiar e social também é fundamental. Como afirmam Calza & Contant (2007), a presença de papéis significativos na vida da pessoa pode facilitar o seu desenvolvimento, enquanto a sua ausência frequentemente limita o idoso ao papel de doente, centrado na dependência e nas suas necessidades secundárias. A mudança de contexto pode gerar adaptações complexas, que exigem acompanhamento contínuo para garantir que as intervenções sejam eficazes e ajustadas ao longo do tempo (Montufar et al., 2021). Para além disso, o ambiente também pode influenciar a forma como a pessoa compreende o mundo que o rodeia e o seu próprio processo de envelhecimento (Ferreira et al., 2023). Neste seguimento, Calvante & Elali (2018) evidenciam que o ambiente impacta a pessoa diretamente na sua vida e no seu estado corporal, pois tem a capacidade de relaxar, estimular ou até paralisar. Portanto, o ambiente que nos rodeia não só tem a capacidade de ser algo que se sente, toca, cheira, mas que também influencia o nosso movimento (Calvante & Elali, 2018).

Além disso, a avaliação psicossocial dos idosos, que inclui a análise do seu suporte social, das suas capacidades cognitivas e do seu estado emocional, é crucial para identificar potenciais riscos como o isolamento social, a depressão ou a deterioração cognitiva, condições muitas vezes negligenciadas em face das questões físicas. Estudos indicam que a integração de estratégias de cuidado que envolvem o bem-estar psicológico e emocional dos idosos tem um impacto significativo na promoção de uma vida mais saudável e satisfatória (Almeida-Brasil et al., 2017).

Realizar avaliações em diferentes momentos da vida dos idosos e em contextos variados permite identificar as mudanças nas suas necessidades, promovendo a adaptação dos cuidados. Isso resulta na criação de ambientes mais inclusivos e adequados, com a personalização das intervenções, o que não só melhora a qualidade de vida, mas também contribui para a autonomia do idoso, quando possível, e para o seu bem-estar geral. Para isso, é fundamental desenvolver estratégias abrangentes que considerem não só a saúde física, mas também os aspetos emocionais, sociais e cognitivos do envelhecimento.

Neste sentido, a qualidade dos cuidados e o desenvolvimento de um projeto terapêutico flexível, adaptado às necessidades de cada idoso, são

fundamentais. Como sublinham Calza & Contant (2007), uma intervenção bem-sucedida depende de uma compreensão global da pessoa, levando em consideração tanto a sua vertente psicodinâmica quanto social. Os tipos de intervenção do psicomotricista em contextos geriátricos podem ser bastante diversos, ajustando-se às realidades específicas do envelhecimento e às características das instituições que acolhem os idosos, como centros de prevenção, centros de dia, estruturas residenciais, unidades de cuidados, entre outros (Calza & Contant, 2007). Dependendo do contexto, as práticas psicomotoras podem abranger desde a prevenção até a intervenção terapêutica, incluindo o apoio a pessoas em fase terminal. Essas intervenções podem ser realizadas individualmente ou em grupo, sendo ajustadas quanto ao ritmo, método e contexto, conforme as necessidades de cada idoso (Calza & Contant, 2007).

Portanto, compreender o contexto em que o idoso está inserido é essencial para obter informações detalhadas e fornecer uma intervenção adequada, que responda às especificidades e necessidades de cada pessoa.

Gerontopsicomotricidade

A Gerontopsicomotricidade é uma terapia não farmacológica que olha a pessoa como um todo, pois o psicomotricista, para além de utilizar o corpo como principal mediador, também observa a interação desse corpo com os domínios cognitivo, comportamental e com o contexto em que cada pessoa está inserida (Branquinho & Falcão, 2021). Desta forma, é através desta terapia que se abre a possibilidade de a pessoa idosa se reencontrar com o corpo e com as suas sensações, não só com um objetivo último de maior funcionalidade, mas também de sentimento de identidade (Vázquez & Mila, 2018 citado por Branquinho & Falcão, 2021). De acordo com outro autor, esta terapia é direcionada para a pessoa idosa e permite estimular competências psicomotoras de forma terapêutica e preventiva. Deste modo ocorre a observação e utilização do movimento corporal e a sua relação com aspetos psicológicos e afetivos (Silva & Silva, 2021).

Segundo Silva & Silva (2021), a utilização do corpo e do movimento como mediadores são primordiais nas várias técnicas usadas na terapia. Dependendo das competências e necessidades de cada pessoa, poderão ser utilizadas diferentes técnicas, nomeadamente: estimulação sensorial e relaxação, a utilização do toque terapêutico, de expressão artística e emocional, dinâmicas lúdicas de grupo, ou de diferentes formas de motricidade em relação, permitem trabalhar tanto as estruturas gnossopráticas associadas à funcionalidade, como o envelope corporal que constitui os fundamentos da imagem corporal da pessoa idosa (Fernandes et al., 2018) competências mencionadas anteriormente que ficam afetadas durante o processo de envelhecimento.

De acordo com Silva & Silva (2021), o psicomotricista tem como principal objetivo neutralizar ou minimizar a retrogênese psicomotora, a diminuição das capacidades cognitivas, a perda de capacidades sensoriais e problemáticas nas competências socioafetivas (Silva & Silva, 2021). De acordo com os mesmos autores, a terapia psicomotora tem sido cada vez mais valorizada e tem ganhado um maior destaque pois tem demonstrado que através de atividades lúdicas e interativas permitem um envelhecimento ativo e saudável (Silva & Silva, 2021). Com essas terapias procura-se uma melhor qualidade de vida através de um maior controlo e domínio de atividades de vida diária, diminuindo o medo associado a situações do quotidiano (medo de quedas, independência para as deslocações, etc.) e permitindo uma reestruturação da consciência corporal fundamental para a manutenção da identidade, a sua autovalorização e autoestima. (Personne, 2011 citado por Fernandes et al., 2018).

A manutenção da identidade é conseguida através da narcisização do corpo da pessoa idosa, ou seja, através de vivências prazerosas e relevantes para a pessoa idosa. Desta forma, a pessoa idosa conseguirá (re)descobrir que o seu corpo ainda tem capacidades e ainda consegue vivenciar sensações afetivas positivas. Estas sensações são importantes de mediar e exteriorizar verbalizando e refletindo de forma a reaver a consciência de si (Maintier, 2011 citado por Fernandes et al., 2018).

Além disso, o recurso a esta terapia, particularmente se de grupo, possibilita a estimulação das relações interpessoais o que devido à institucionalização e ao isolamento podem-se encontrar comprometidas. A

terapia em grupo facilita os processos de imitação e os fenómenos identificatórios necessários à manutenção da identidade (Fernandes et al., 2018).

Relativamente ao envelhecimento patológico, de acordo com Silva & Silva (2021) a gerontopsicomotricidade mostrou ser essencial para ajudar no controlo de sintomas de doenças neurodegenerativas e outras patologias, nomeadamente a doença de Parkinson, síndrome pós-queda, acidente vascular cerebral, depressão, ansiedade, problemas psicomotores e doença de Alzheimer (Silva & Silva, 2021).

Relativamente à pessoa idosa que já apresenta um quadro demencial, o processo de envelhecimento ocorre com determinadas modificações, consoante também o tipo de demência e outras causas já mencionadas em tópicos anteriores. Durante o avanço da demência ocorrem reações e interpretações alteradas a estímulos exteriores, ocorrem modificações de comportamento e a pessoa pode agir de forma diferente ao habitual com o meio que a rodeia. Neste âmbito, a Gerontopsicomotricidade, não se limita a um contexto exclusivo de tempo de sessão, mas requer também a intervenção na nova maneira da pessoa interagir com o espaço e com o tempo (Branquinho & Falcão, 2021).

Em seguida são apresentados diversos estudos que evidenciam os efeitos benéficos de intervenção psicomotora nas populações idosas.

De acordo com um estudo longitudinal de intervenção psicomotora com pessoas idosas, foi demonstrado que o número de pessoas idosas com independência total aumentou para 13,3% depois da intervenção focada principalmente no equilíbrio estático (Antunes et al., 2024).

De acordo com Pereira et al. (2018) que investigou os efeitos de uma intervenção multimodal realizado com pessoas idosas institucionalizados, a intervenção resultou na melhoria de diversas habilidades cognitivas e motoras. Deste modo, considera-se que a estimulação das competências motoras e cognitivas em simultâneo pode ter impactos positivos funcionamento do indivíduo.

Corroborando as descobertas anteriores, num estudo piloto (Marmeleira et al., 2018) foi concluído que exercícios multimodais numa intervenção psicomotora promoveu melhorias na função executiva e na função física, nomeadamente a resistência aeróbica, força da parte inferior do corpo, agilidade e mobilidade. Posto isto, evidencia-se que a intervenção psicomotora é capaz de reverter a perda de competências cognitivas e motoras em pessoas idosas institucionalizados, bem como reverter, manter e melhorar a funcionalidade dessas pessoas (Marmeleira et al., 2018).

Avaliação Psicomotora na pessoa idosa

A avaliação psicomotora é fundamental para que o terapeuta possa delinear um perfil psicomotor da pessoa idosa, permitindo-lhe identificar as áreas fortes e fracas. Com base nessa avaliação, o terapeuta pode iniciar uma intervenção, tendo uma compreensão clara das competências e necessidades que exigem maior atenção. Mediante os resultados da avaliação, é possível estabelecer objetivos específicos e desenvolver uma intervenção adequada e personalizada, considerando sempre a pessoa idosa de forma holística. Neste contexto, as áreas de força também devem ser identificadas, pois é importante preservar essas competências.

A avaliação assume igualmente um papel crucial na reavaliação da pessoa idosa após a intervenção, permitindo ao terapeuta determinar se é necessário ajustar os objetivos e/ou estratégias. O processo de avaliação psicomotora inicia-se com uma entrevista, seguida da observação do comportamento espontâneo e da aplicação de testes adequados (Martin & Albert, 2013, citado por Branquinho et al., 2021).

A avaliação antecede a intervenção, uma vez que é por meio dela que se podem selecionar atividades dirigidas, baseadas na ação e na mediação corporal, com o objetivo de promover o desenvolvimento das competências emocionais, comportamentais e cognitivas (Probst et al., 2010, citado por Branquinho et al., 2021). A avaliação é assim essencial, tanto para a deteção precoce de perturbações cognitivas ou mentais como para servir de meio

complementar de diagnóstico em relação a demências (Bartfay et al., 2014, citado por Branquinho et al., 2021). Para que a avaliação seja abrangente, é fundamental incluir áreas relacionadas com a mobilidade funcional, o risco de queda e a cognição (Bridenbaugh & Kressig, 2015, citado por Branquinho et al., 2021).

Este capítulo acaba por caracterizar um pouco a carência de investigação ao nível da avaliação psicomotora da pessoa idosa, nas suas competências cognitivas, funcionais e psicomotoras.

Perfil Psicomotor na pessoa idosa

Perfil Psicomotor

O perfil psicomotor refere-se à qualidade de comunicação entre a cognição, a motricidade e a funcionalidade bem como a sua caracterização. Este perfil é especialmente relevante para identificar défices e planear intervenções neste caso na pessoa idosa, particularmente aquelas com demência (Morais et al., 2019).

De acordo com um estudo comparando o perfil psicomotor de pessoas idosas com e sem demência, mostrou-se evidências que há um maior défice cognitivo e maior dependência nas atividades da vida diária e funcionais nas pessoas com demência (Morais et al., 2019). As pessoas com demência neste estudo eram mais velhas, eram maioritariamente do sexo masculino, tinham maior nível socioeconómico e frequentaram o ensino superior (Morais et al., 2019). Para além disso residiam em áreas urbanas e a maior parte destas pessoas estavam institucionalizadas e tinham mais apoio relativamente a terapias não farmacológicas (Morais et al., 2019). Assim, observaram-se diferenças significativas nos domínios psicomotores, exceto na mobilização articular dos membros superiores e inferiores (Morais et al., 2019). De acordo

com este estudo concluiu-se também que há uma forte associação das capacidades psicomotoras com as capacidades cognitivas e funcionais.

O tema sobre as competências psicomotoras na pessoa idosa nos vários contextos de vida ainda tem algumas lacunas pois apesar de existirem alguns estudos, ainda não são suficientes em termos de conhecimento científico para perceber o perfil psicomotor da pessoa idosa nos contextos de vida abordados.

Perfil (Psicomotor) da pessoa idosa que reside na comunidade

Relativamente às competências cognitivas, de acordo com Trupel et al., (2022) o comprometimento cognitivo encontra-se mais acentuado em pessoas idosas com 70 ou mais anos, que apresentam baixa escolaridade e vivem em zonas rurais (Trupel et al., 2022).

Noutro estudo com pessoas idosas residentes no Brasil verificou-se predominância de défice cognitivo em indivíduos com 71 anos ou mais, com dependência e em risco de desnutrição e mais uma vez analfabetos (Pereira et al., 2020). Para além disto algumas das características do perfil cognitivo da pessoa idosa são as perdas de memória, défices ao nível da atenção seletiva dividida, da velocidade de processamento e da resolução de problemas (Santos et al., 2022).

Relativamente à funcionalidade da pessoa idosa, cerca de 69,2% das pessoas com 65 anos ou mais apresentam limitações físicas ou sensoriais, o que prejudica a sua independência na vida diária (Eurostat, 2020 citado por Santos et al., 2022). Pelo exposto, aliado à deterioração das competências cognitivas, as pessoas idosas podem depender de terceiros para algumas tarefas como ir às compras, pois a capacidade de condução pode estar afetada, assim como a utilização de transportes públicos ou realização de um simples percurso a pé (Santos et al., 2022), sendo que a inclusão e a independência ficam afetadas. Neste seguimento, foi demonstrado que as pessoas idosas residentes na zona rural apresentam valores mais significativos para maior autonomia, atividades passadas, presentes, futuras e intimidade (Campos et al., 2020). Estes resultados devem-se a um ritmo de vida mais calmo onde há maior

facilidade em estabelecer mais relações pessoais e ambientais, possibilitando uma maior qualidade de vida (Campos et al., 2020).

Em relação às competências motoras, estas podem-se encontrar comprometidas pela diminuição da força muscular, do tónus, da flexibilidade, estabilidade articular, coordenação e rapidez de reação (Santos et al., 2022).

Relativamente à motricidade fina nomeadamente a preensão manual, foi demonstrado que pessoas idosas que relatam défice visual apresentam força de preensão manual significativamente inferior aos que não apresentavam qualquer problema (Preto et al., 2023). Para além disso, os resultados deste estudo foram semelhantes para as pessoas que apresentavam défice auditivo e problemas de deglutição (Preto et al., 2023).

Neste seguimento, as pessoas idosas que já tinham sofrido AVC e que são diabéticos apresentavam menor força de preensão manual. O fator idade mostrou influenciar negativamente a força de preensão manual, pois quanto mais avançada menor capacidade apresentavam nessa competência (Preto et al., 2023).

Perfil (Psicomotor) da pessoa idosa em apoio domiciliário

O perfil psicomotor da pessoa idosa em contexto de apoio domiciliário é um tema ainda pouco estudado, sendo, por isso, limitada a informação disponível sobre esta caracterização.

De acordo com os poucos estudos realizados neste âmbito, verificou-se um comprometimento das competências psicomotoras, nomeadamente porque estas pessoas necessitam de apoio na realização das atividades da vida diária. Segundo Martins (2009), 42,9% das pessoas idosas que recebem apoio domiciliário sentem-se incomodadas pelo facto de não conseguirem ser totalmente independentes, precisando de ajuda para realizar tarefas simples. Observou-se também o uso continuado de medicação, sobretudo para o tratamento de doenças crónicas e o alívio de dores físicas. Neste contexto,

muitas pessoas idosas mencionaram a solidão, frequentemente associada a défices nas capacidades motoras e funcionais (Martins, 2009).

De acordo com Vieira, a pessoa idosa em fase de apoio domiciliário requer, muitas vezes, assistência profissional com formação adequada, uma vez que frequentemente apresenta desequilíbrios posturais, alterações sensoriais e motoras, bem como dificuldades de locomoção (citado por da Silva et al., 2023).

Num outro estudo, da perspetiva dos cuidadores, foi relatado que a pessoa idosa necessita de apoio nas atividades básicas da vida diária, especialmente na higiene e na mobilidade, bem como nas atividades instrumentais da vida diária, segundo 88% dos cuidadores (Sequeira, 2018). Além disso, 89% dos cuidadores referiram a importância das relações sociais para os idosos (Sequeira, 2018).

Os cuidadores realizaram uma caracterização semelhante para as pessoas idosas dependentes com demência (Sequeira, 2018). Nesta população específica, os cuidados estão relacionados com as alterações cognitivas associadas à demência, nomeadamente o défice de memória, a irritabilidade, as dificuldades nas atividades instrumentais da vida diária, a vida social, as alterações da personalidade e da linguagem (Sequeira, 2018). De acordo com outro autor, alterações funcionais, como a incontinência e a salivação excessiva, são características inerentes à pessoa idosa dependente com demência, o que pode conduzir à solidão, uma vez que limita a participação em eventos sociais (Cruzeiro et al., 2022).

Num estudo sobre a satisfação com a vida de pessoas idosas que recebem apoio domiciliário, observaram-se algumas características gerais. A população estudada era maioritariamente composta por mulheres, com uma média de idade de 77 anos, predominantemente casadas ou solteiras (Martins, 2015). A nível educacional, apresentavam um baixo nível de escolaridade e, a nível profissional, a maioria estava reformada por limite de idade, com alguns casos de reforma por invalidez (Martins, 2015). Do ponto de vista económico, os idosos apresentavam poucos recursos e, por conveniência, residiam próximos dos seus cuidadores (Martins, 2015). Além disso, a maior parte destas pessoas idosas manifestou insatisfação com a sua vida (Martins, 2015).

Ainda assim, persiste uma lacuna significativa de conhecimento sobre este tema, sublinhando a necessidade de mais estudos que aprofundem a caracterização psicomotora de pessoas idosas em apoio domiciliário.

Perfil (psicomotor) da pessoa institucionalizada

Atualmente, quando a pessoa idosa começa a perder a sua funcionalidade e conseqüentemente a sua autonomia, nos países economicamente mais favorecidos a primeira opção é prestar cuidados na residência da própria pessoa até não ter mais capacidade de estar em sua casa. Por outro lado, nos países economicamente mais débeis ocorre mais o *Aging in place* devido a limitações dos sistemas de segurança social e a falta de alternativas institucionais (Fonseca, 2020). Este conceito vem dar nome à capacidade de continuar a viver em casa e na comunidade ao longo do tempo, de forma autónoma e segura (Fonseca, 2020).

A institucionalização gera impactos importantes na saúde mental da pessoa idosa, podendo causar dificuldades em aspetos biopsicossociais, como uma quebra no vínculo familiar, declínio funcional (Leal et al., 2021), alterações emocionais e cognitivas.

A pessoa idosa neste novo contexto, acabou de deixar a sua casa, as suas rotinas e pessoas queridas que faziam parte da sua vida diária como vizinhos e amigos, todos estes fatores e emoções negativas envolvidas nesta mudança podem levar às alterações mencionadas ainda que a instituição ofereça um ambiente seguro para que a pessoa se consiga adaptar, encontrar o seu rumo e objetivo dentro daquela nova realidade deixando expor a sua identidade na sua nova vida. Outros fatores incluem a convivência coletiva dentro de uma instituição, onde, apesar de viverem em conjunto, muitas vezes as pessoas idosas sentem-se socialmente isoladas. Além disso, há perdas na capacidade funcional, bem como elevadas taxas de doenças sejam de origem neurocognitiva ou física, que contribuem para a fragilidade e comprometem a qualidade de vida (Júnior et al., 2022).

Desta forma, devido a estes fatores de um modo geral, a pessoa idosa quando inserida neste contexto, apresenta dificuldades em vários domínios relacionados com a saúde e qualidade de vida (Almeida, Carvalho & Marmeleira, 2020). De acordo com outros autores (Júnior et al., 2022), neste contexto pode haver maior propensão a doenças, incapacidades, perda de funções e relações sociais. Para além disso, há um confronto com o fim de vida, o que com todos estes fatores mencionados poderá ser prejudicial à autonomia e qualidade de vida desta população.

Num estudo onde se avaliou o equilíbrio e as funções cognitivas em pessoas idosas institucionalizados, foi demonstrado que de uma forma generalizada esta população em contexto de ERPI tem uma idade média alta, observa-se a predominância do sexo feminino, uma elevada proporção de viúvos, níveis de escolaridade reduzidos e um elevado grau de utilização de tecnologias de apoio (Oliveira et al., 2024).

De acordo com Rezende et al., (2019) num estudo realizado com pessoas idosas em contexto de Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas depois de um ano de institucionalização, observou-se que ocorreu uma diminuição na capacidade funcional e cognitiva relativamente ao momento da entrada na instituição. Deste modo olhando para a relação corpo-mente estas variáveis encontram-se intimamente ligadas, ou seja, quando há menos capacidades cognitivas ocorre também uma maior perda funcional prejudicando as atividades da vida diária. Para além disso, conseguiram também perceber que a maioria das pessoas idosas residentes na instituição eram do sexo feminino e apresentam diagnóstico de Doença de Alzheimer e AVC (Rezende et al., 2019).

Relativamente ao equilíbrio, há um grande défice no equilíbrio estático e dinâmico, sendo o equilíbrio estático o mais debilitado (Rosa et al., 2022). Neste seguimento, os défices na capacidade funcional da pessoa idosa traduzem-se, geralmente, por dificuldades de coordenação, precisão ou velocidade do movimento (Rosa et al., 2022). Esta perda de funcionalidade pode ser explicada pelo facto de grande parte das responsabilidades e tarefas serem realizadas pelos cuidadores formais da instituição. De acordo com Almeida et al., (2019) pessoas idosas após três meses de institucionalização, diminuíram a sua funcionalidade, mostrando-se mais dependentes na realização das AVD's. Para

além disso, um estudo realizado sobre a dor sentida pelas pessoas idosas institucionalizados, demonstrou que há uma prevalência de dor na região do quadril (Prestes et al., 2020) o que prejudica também a funcionalidade e as competências motoras e socioemocionais. De acordo com (Ma et al., 2021) pacientes que sofrem de dor crônica são propensos a sofrerem depressão e outros sintomas negativos do foro psicológico, sendo que é na população idosa que a dor crônica e os sintomas depressivos são mais prevalentes. De acordo com o mesmo autor, a disfunção física causada pela dor crônica é um fator que pode desencadear sintomas depressivos (Ma et al., 2021). De acordo com outro autor a dor física aumenta a dependência e diminui a funcionalidade da pessoa idosa, ocorrendo uma inter-relação onde a dor aumenta as limitações funcionais e as limitações funcionais aumentam a dor (Maresova et al., 2019).

Relativamente às competências cognitivas, de acordo com vários outros estudos observou-se que a prevalência de défice cognitivo é mais elevada entre pessoas idosas institucionalizados (Oliveira et al., 2024). Por outro lado, nas competências socioemocionais, foi demonstrado que ocorreram melhorias significativas depois da institucionalização, sendo que houve diminuição do nível de fragilidade e dos sintomas depressivos (Almeida, Carvalho & Marmeleira, 2020). Estes resultados podem ser explicados pois aspetos como a alimentação, cuidados de saúde, segurança, participação em atividades de estimulação geral, ou maior interação com outras pessoas são condições muitas vezes asseguradas pelas ERPI'S e que diminuem então os sintomas muitas vezes não há no domicílio da pessoa idosa. Neste mesmo estudo, o estado cognitivo geral e o perfil psicomotor não tiveram alterações significativas (Almeida, Carvalho & Marmeleira, 2020). Desta forma concluíram que a institucionalização não teve um impacto negativo, o que poderá estar relacionado com características como cuidados de saúde e estimulação por parte das instituições (Almeida, Carvalho & Marmeleira, 2020).

Metodologia

Desenho do estudo

No que confere ao tipo de estudo, foi realizada uma investigação transversal observacional e analítica. Os participantes foram avaliados apenas uma única vez com os instrumentos de avaliação pré-definidos.

Participantes

Os participantes deste estudo foram pessoas idosas com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, provenientes de diferentes contextos de vida, nomeadamente pessoas que vivem na comunidade, que recebem apoio domiciliário, e residentes em estruturas residenciais para pessoas idosas.

Os participantes foram recrutados em Elvas, através de contactos com instituições e associações frequentadas por pessoas idosas. Os critérios de inclusão foram os seguintes: (i) idade igual ou superior a 65 anos; (ii) disponibilidade para participar no estudo; (iii) ausência de défice cognitivo grave. Os critérios de exclusão incluíram: (i) incapacidade de comunicar ou compreender o português, avaliado através da escala Easy-Care.

Num primeiro momento, foram realizados contactos e reuniões com várias instituições, associações de pessoas idosas e uma universidade sénior. Após o primeiro contacto, selecionaram-se as pessoas que preenchiam os critérios definidos para o estudo, respeitando os critérios de inclusão estabelecidos. Todos os participantes foram devidamente informados sobre a natureza do estudo, a forma como os testes seriam realizados e assegurou-se que todos os dados e resultados recolhidos seriam tratados de forma confidencial.

O recrutamento dos participantes foi feito de acordo com a sua disponibilidade e a das instituições. Os critérios de inclusão foram previamente comunicados a todos os que eram elegíveis para o estudo. Os participantes que viviam na comunidade foram recrutados através das aulas da Universidade

Sénior, que contava com uma população idosa considerável. O professor disponibilizou uma lista com a idade dos alunos, a partir da qual se verificou o cumprimento dos critérios de inclusão, selecionando-se assim alguns participantes da comunidade. Além disso, foram feitas visitas domiciliárias em zonas rurais onde residiam maioritariamente pessoas idosas, e mais participantes foram recrutados após a explicação dos critérios de inclusão e dos objetivos do estudo.

As pessoas que recebiam apoio domiciliário foram recrutadas através de uma associação e de uma estrutura residencial para idosos que ofereciam este serviço. As visitas domiciliárias foram acompanhadas por profissionais para conhecer os participantes (beneficiários de apoio social), sabendo-se de antemão que estes já preenchiam os critérios de inclusão, pois algumas informações sobre eles já eram conhecidas. Para os idosos que recebiam apoio domiciliário terapêutico (Psicologia, Intervenção Psicomotora, Fisioterapia, Terapia da Fala), o recrutamento foi feito em colaboração com os técnicos responsáveis, que facilitaram o contacto com os participantes. Além disso, foram incluídas as pessoas idosas que participavam nas sessões de Intervenção Psicomotora. Deste modo, foram recrutadas pessoas que, apesar de viverem em casa, beneficiavam de apoio domiciliário.

Os participantes residentes em estruturas residenciais para pessoas idosas foram previamente selecionados, pois já se conheciam as suas informações e sabiam-se os critérios de inclusão que preenchiam. Foram recrutados idosos de duas estruturas residenciais distintas. Os participantes que não cumpriram os critérios de inclusão foram previamente excluídos, nomeadamente 56 apresentavam défice cognitivo grave, 12 tinham idade inferior a 65 anos e 14 estavam acamados, ficando um total de 179 participantes que cumpriam os requisitos para o estudo.

A amostra foi constituída por 78 pessoas residentes na comunidade (idade: $72,5 \pm 6,39$ anos), 51 pessoas que recebem apoio domiciliário (idade: $77,3 \pm 7,6$ anos) e 50 pessoas que residem em estruturas residenciais (idade: $86,2 \pm 4,3$ anos).

A maioria dos participantes era do sexo feminino, com uma prevalência que variava entre os diferentes contextos: 59% no grupo da comunidade (grupo 1), 58% no grupo de apoio domiciliário (grupo 2) e 96% no grupo de institucionalização (grupo 3). No que respeita ao estado civil, constatou-se que 79,5% das pessoas idosas que vivem na comunidade são casadas, percentagem que diminui significativamente nos grupos 2 e 3, para 47,1% e 2%, respetivamente.

Foi também observado que no grupo 1, 75,6% das pessoas idosas vivem em casal, percentagem que desce para 49% no grupo 2. Neste segundo grupo, verifica-se uma maior percentagem de pessoas idosas a viver com a família alargada (25,5%) ou sozinhas (25,5%). O grupo 3 destacou-se por apresentar a maior percentagem de pessoas que referiram que o dinheiro ao final do mês não é suficiente para cobrir as suas necessidades (32%).

Relativamente aos procedimentos éticos, cada participante foi previamente informado sobre as avaliações, que apenas foram realizadas com a autorização do diretor técnico das respetivas instituições. O consentimento informado foi assinado pelos responsáveis legais (nos casos em que a pessoa idosa não tinha capacidade para o fazer) e pelos próprios participantes. As pessoas idosas que residem na comunidade e recebem apoio domiciliário também foram previamente informadas sobre as avaliações e preencheram o consentimento informado da mesma forma. Este projeto foi aprovado pela Comissão de ética da Universidade de Évora (id:22235).

Variáveis e instrumentos de avaliação

As variáveis de caracterização e elegibilidade da amostra (N=179) desta pesquisa e os respetivos instrumentos de avaliação, serão apresentados de seguida.

Variáveis de caracterização e determinação da elegibilidade da amostra ***Qualidade de vida, bem-estar, e riscos sociais e de saúde***

As variáveis de caracterização foram acedidas pelo questionário sociodemográfico, nomeadamente através do instrumento Easy-Care. Este instrumento foi validado para a população portuguesa, apresentando bons resultados psicométricos, como um alfa de Cronbach de 0,86, o que indica uma boa consistência interna do instrumento (Sousa et al., 2003). Além disso, foi reportada uma fiabilidade global do instrumento com valor de $\alpha = 0,92$ (Sequeira, 2018), demonstrando a robustez do instrumento na avaliação das dimensões propostas.

Este instrumento abrange várias dimensões relacionadas ao bem-estar e qualidade de vida dos idosos, sendo composto por variáveis agrupadas em quatro fatores principais: comunicação, bem-estar, mobilidade e atividades da vida diária (AVD). A análise fatorial realizada revelou que, das 26 variáveis inicialmente consideradas, 20 foram mantidas, o que confirma a adequação da estrutura do instrumento à população-alvo. A escala tem uma pontuação total que varia entre 3 e 127, com uma pontuação mais alta indicando maior grau de dependência.

A avaliação realizada através do Easy Care oferece uma visão detalhada do estado de saúde física, mental e social do idoso, possibilitando uma compreensão abrangente das suas necessidades e do papel do cuidador familiar. É recomendada a aplicação do instrumento para avaliar as necessidades de cuidados, já que ele permite identificar as áreas que mais impactam a qualidade de vida do idoso, desde a mobilidade até o apoio emocional e social. A inclusão de questões sobre aspetos como visão, audição, depressão, solidão e habitação, além de um espaço para avaliação das necessidades individuais, torna o instrumento uma ferramenta completa e personalizada.

De acordo com Sequeira (2018), para complementar os resultados do Easy Care, é aconselhável realizar uma avaliação cognitiva, proporcionando uma avaliação mais precisa e integrada da condição do idoso. Assim, a aplicação deste instrumento oferece uma base sólida para um plano de cuidados adaptado às necessidades de cada idoso.

As variáveis de elegibilidade da amostra foram acedidas pelo Montreal Cognitive Assessment (MOCA), para despiste de défice cognitivo grave. Este instrumento será descrito em seguida. Para aferir a Qualidade de Vida foi também aplicado o Instrumento Easy-Care.

Avaliação Cognitiva

O Montreal Cognitive Assessment (MOCA) (Freitas et al., 2023) foi utilizado neste estudo como instrumento de rastreio para avaliar as competências cognitivas. Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Simões, Santana, Firmino, Martins, Nasreddine & Vilar (2008, citado por Fonseca & Medeiros, 2019), e estudos posteriores com a população portuguesa demonstraram que o MOCA apresenta boas qualidades psicométricas, incluindo elevados indicadores de validade e utilidade diagnóstica (Freitas et al., 2010).

O MOCA é um teste de fácil aplicação, com uma duração média de 10 a 15 minutos, o que facilita tanto para o investigador quanto para o indivíduo avaliado. Este instrumento é amplamente utilizado para avaliar várias dimensões cognitivas, incluindo função executiva, capacidade visuoespacial, memória, atenção, concentração, memória de trabalho, linguagem e orientação temporal e espacial (Sequeira, 2018).

A função executiva é avaliada por meio de uma tarefa que envolve o desenho de uma linha alternando números e letras, seguindo a ordem numérica e alfabética. A capacidade visuoespacial é analisada através de duas tarefas: uma consiste em copiar um desenho de referência, enquanto a outra envolve o desenho de um relógio, pedindo que o avaliando coloque os números e ajuste os ponteiros para marcar 11 horas e 10 minutos.

A linguagem é avaliada com três tarefas: nomeação de três animais ilustrados, repetição de frases específicas e a tarefa de gerar o maior número possível de palavras começadas pela letra "p" (sem incluir nomes próprios ou de lugares).

A memória é analisada por meio da verbalização de palavras, que o indivíduo deve repetir e recordar após um intervalo de tempo. Para avaliar a atenção, o avaliando deve repetir sequências de números, tanto na ordem direta como inversa. A concentração é medida por meio de duas tarefas: uma envolvendo a identificação da letra "A" numa sequência de letras e outra com a subtração sucessiva de 7, começando de 100.

A prova de abstração testa a capacidade de perceber semelhanças entre dois elementos, enquanto a evocação diferida pede ao indivíduo para recordar as palavras previamente apresentadas. Por fim, o teste termina com a orientação, questionando o avaliando sobre a data, mês, ano, dia da semana, local e cidade onde se encontra.

Relativamente à pontuação, o MOCA tem uma pontuação total que varia entre 0 e 30 pontos, sendo que um resultado superior a 26 pontos é geralmente considerado normal (Sequeira, 2018). É importante notar que os valores de corte podem variar dependendo do nível de escolaridade do indivíduo avaliado, o que ajuda a contextualizar os resultados de forma mais precisa.

Parâmetros psicomotores

Relativamente aos parâmetros psicomotores, foi utilizado o Exame Gerontopsicomotor (EGP), sendo este um instrumento metodológico e de observação clínica que leva em consideração aspectos quantitativos onde se avaliam as seguintes competências psicomotoras: (i) equilíbrio estático, (ii) equilíbrio dinâmico, (iii) mobilização articular dos membros superiores e inferiores, (iv) praxias, (v) motricidade fina dos membros superiores e inferiores; (vi) conhecimento das partes do corpo; (vii) vigilância; (viii) percepção; (ix) memória verbal; (x) memória perceptiva; (xi) domínio espacial; (xii) domínio temporal; (xiii) comunicação verbal e não verbal. Para além disso são avaliados aspectos qualitativos, nomeadamente: a postura, reações emocionais, qualidade do movimento, lateralidade, coordenação dos membros inferiores e superiores, tremores e movimentos involuntários.

De acordo com Morais et al. (2016), este instrumento está validado para a população portuguesa, sendo os valores considerados entre moderados a excelentes de validade de conteúdo. Relativamente à consistência interna foi reiterada como excelente a qual foi demonstrada ser superior em relação à versão francesa com um alfa de Cronbach de 0,92 (Santos et al., 2019). Através desta avaliação poderá iniciar-se um projeto ou retificar se necessário, permitindo sempre que se consiga dar a melhor intervenção e mais adaptada às características e necessidades da pessoa idosa. Desta forma, pode auxiliar no despiste ao esclarecer dúvidas no diagnóstico estabelecido através do envio de um relatório ao médico.

O EGP poderá ser aplicado num meio institucional, privado ou domiciliário, mas tendo em conta que o espaço, o tempo e o material são facilitadores. A duração deste teste é cerca de uma hora e poderá ser dividido em duas partes adaptando-se à pessoa que está a ser avaliada. Pode ser cotado de 0 a 6 valores, sendo que cada dimensão é composta por uma ou várias tarefas cotadas entre 0,5; 1 e 2 pontos. Este instrumento é ainda dividido por três áreas, nomeadamente a prevalência cognitiva (motricidade fina dos membros superiores, praxias, conhecimento das partes do corpo, vigilância, memória perceptiva, domínio espacial, memória verbal, perceção, domínio temporal e comunicação) podendo ser pontuada entre 0 e 60 pontos; prevalência motora (Equilíbrio estático I, equilíbrio dinâmico I, equilíbrio estático II, equilíbrio dinâmico II e motricidade fina dos membros inferiores) que pode ser pontuada entre 0 e 30 pontos; a área constrangimentos físicos (mobilizações articulares inferiores e superiores) pontuada entre 0 e 12 pontos. Por fim, para determinar a pontuação deste instrumento, a soma da pontuação de todos os itens pode variar entre 0 e 102 pontos. Desta forma uma maior pontuação corresponde a um melhor resultado.

Nível de independência

A Escala Composite Physical Function (CPF) tem como objetivo avaliar a independência física através de 12 itens que incluem diversas atividades da vida diária (Pereira, 2020), cada um cotado entre 0 e 2 pontos. Esta escala é cotada

entre 0 (pior resultado) e 24 pontos (melhor resultado). A escala CPF pode ser usada para categorizar os indivíduos como “funcionamento alto” se conseguirem realizar independentemente os 12 itens que equivale a 24 de pontuação; “funcionamento moderado” quando o indivíduo consegue realizar ou de acordo com a idade que podem realizar 7 itens sem ajuda; e “funcionamento baixo”, ou seja, em risco de perda de independência, quando apresentam limitações funcionais que não lhes permitam ser independentes (Rikli & Jones, 2013).

Os itens avaliados nesta escala foram os seguintes: Cuidar de si próprio; tomar banho; subir e descer um lance de escadas; caminhar; realizar tarefas domésticas leves; fazer compras; caminhar cerca de 800 metros; caminhar cerca de 1600 metros; segurar e transportar cerca de 5 kg; segurar e transportar cerca de 12 kg; realizar tarefas domésticas pesadas; realizar atividades fatigantes (Rikli & Jones, 1998).

Procedimentos

Relativamente aos procedimentos éticos, cada participante foi previamente informado sobre as avaliações, que apenas foram realizadas com a autorização do diretor técnico das respectivas instituições. O consentimento informado foi assinado pelos responsáveis legais (nos casos em que a pessoa idosa não tinha capacidade para o fazer) e pelos próprios participantes. As pessoas idosas que residem na comunidade e recebem apoio domiciliário também foram previamente informadas sobre as avaliações e preencheram o consentimento informado da mesma forma.

As avaliações realizaram-se entre março e agosto de 2024. Em relação aos procedimentos aplicativos das avaliações efetuadas com as pessoas institucionalizadas, estas decorreram numa sala pequena nas duas estruturas residenciais para pessoas idosas, onde foram recrutados alguns participantes. Essas salas eram espaços tranquilos, sem ruído ou estímulos externos que pudessem interferir nas avaliações. As salas dispunham de uma mesa, cadeiras e algum espaço para a realização das tarefas motoras, embora limitado, mas sempre garantindo a privacidade dos participantes. As avaliações das pessoas

da comunidade que beneficiavam de apoio domiciliário foram realizadas numa sala da estrutura do centro de dia com mesa e cadeiras, também com privacidade, embora os espaços fossem heterogéneos, alguns mais reduzidos.

A avaliação dos residentes na comunidade ocorreu no Ginásio Sénior da Universidade Sénior de Elvas, num espaço amplo, calmo e apropriado, equipado com mesa e cadeiras, onde cada participante se sentiu à vontade, sem interrupções ou estímulos externos que pudessem perturbar o seu raciocínio.

Em relação à tipologia de aplicação, o Exame Geronto-Psicomotor (EGP) foi preenchida pela técnica com base nos resultados obtidos nas tarefas realizadas pelos participantes, seguindo as instruções e a estrutura adequadas. Pausas foram realizadas quando permitido ou necessário, tendo em conta as capacidades de cada pessoa. O Easy-Care e o Composite Physical Function foram aplicados aos participantes e igualmente preenchidos pela técnica. O MoCA (Montreal Cognitive Assessment) foi completado pela técnica com base nos resultados das tarefas realizadas.

No que diz respeito ao tratamento de dados, num primeiro momento, os dados foram registados. Os dados foram recolhidos em papel numa folha de registo respetiva aos resultados de cada instrumento de avaliação e transferidos para *word* como backup da informação. Posteriormente, os dados foram introduzidos numa base de dados em Excel onde foram colocados todos os dados, dando um código a cada participante garantindo a sua confidencialidade.

Análise estatística

Os dados foram analisados utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS – versão 27). Considerou-se um valor de significância tal que $p \leq 0,05$.

Para a análise descritiva dos dados, foram determinados os valores máximos mínimos, as médias e os desvios padrões de cada variável. Isto permitiu caracterizar os grupos mediante a análise de todas as variáveis

estudadas e estabelecer o perfil psicomotor diferenciado por grupos em função dos três contextos de vida dos participantes estudados.

Foi feita uma análise da distribuição dos dados com recurso ao teste Kolmogorov-Smirnov. Observou que não se cumpria o pressuposto da normalidade para utilizar técnicas de comparação paramétricas. Em acordo, para realizar a análise de comparação entre os grupos, optou-se por utilizar a técnica alternativa não paramétrica de Kruskal-Wallis, seguida do pós-teste de comparação entre pares.

Posteriormente foi analisada a relação entre os resultados do instrumento de avaliação EGP, os resultados do MOCA, os resultados do CPF e os resultados do Easy-Care. Para este efeito usou-se o teste de correlação Spearman, pois não se cumpria o pressuposto de normalidade de distribuição dos dados necessário à aplicação do teste estatístico de correlação paramétrico.

Considerou-se uma correlação forte para valores de $|r|$ entre 0,7 e 0,9, uma correlação moderada para valores entre 0,5 e 0,7, e uma correlação fraca para valores entre 0,3 e 0,5 (Mukaka, 2012).

Resultados

Tabela 1.

Estudo comparativo do perfil psicomotor nos diferentes grupos

Perfil Psicomotor					
Variável		Grupo 1 Comunidade Média ± DP	Grupo 2 Apoio Domiciliário Média ± DP	Grupo 3 Institucionalização Média ± DP	p
Total Score (pontos)		89,6±7,2 ^{a,b}	67,9±11,5 ^c	58,4±11,7	<0,001
Prevalência Motora (pontos)		27,1±3,4 ^{a,b}	18,2±4,3 ^c	15,0±4,8	<0,001
Prevalência Cognitiva (pontos)		54,6±3,8 ^{a,b}	43,5±7,9 ^c	37,2±8,0	<0,001
Constrangimentos Físicos (pontos)		7,9±2,1 ^{a,b}	6,1±2,3 ^c	5,9±2,1	<0,001
a, diferenças significativas entre 1 e 2, p< 0,05					
b, diferenças significativas entre 1 e 3, p< 0,05					
c, diferenças significativas entre 2 e 3, p< 0,05					
p: Valor de p do teste Kruskal-Wallis					

Nota. No que confere aos resultados, pode-se observar na tabela 1 que, de acordo com o estudo do perfil psicomotor da pessoa idosa nos diferentes grupos (grupo 1- comunidade; grupo 2- Apoio Domiciliário; grupo 3- Institucionalização), observaram-se diferenças significativas entre todos os grupos ($p<0,001$), tendo o grupo 1 melhores resultados, seguido pelo grupo 2 e, finalmente, pelo grupo 3 com os piores resultados em todas as variáveis. Observa-se uma maior diferença de resultados entre o grupo 1 e o grupo 3, em todas as variáveis, nomeadamente, de cerca de 31,2 pontos quanto ao total do perfil psicomotor; cerca de 12,1 pontos quanto aos valores da prevalência motora; cerca de 17,4 pontos quanto aos valores da prevalência cognitiva e cerca de 2 pontos quanto aos valores dos constrangimentos físicos.

Tabela 2.*Estudo comparativo dos resultados na cognição nos diferentes grupos*

Cognição				
Variável	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	p
	Comunidade	Apoio	Institucionalização	
	Média ± DP	Domiciliário	Média ± DP	
		Média ± DP		
Estado cognitivo (Total Score: pontos)	23,2±4,5 ^{a,b}	17,9±5,5 ^c	13,6±4,77	<0,001
a, diferenças significativas entre 1 e 2, p< 0,05				
b, diferenças significativas entre 1 e 3, p< 0,05				
c, diferenças significativas entre 2 e 3, p< 0,05				
p: Valor de p do teste Kruskal-Wallis				

Nota. Relativamente à cognição, de acordo com a tabela 2 foram observados resultados com diferenças entre os grupos estatisticamente significativas, $p < 0,05$. O score cognitivo tem uma maior pontuação no grupo 1 do que nos grupos 2 e 3 (Tabela 2). Nomeadamente, a diferença entre o grupo 1 e 2 é de cerca de 5,3 pontos, a diferença entre o grupo 1 e 3 é de cerca de 9,6 pontos e a diferença entre o grupo 2 e 3 é de cerca de 4,3 pontos. Em acordo, pode-se observar que há uma maior diferença nos resultados entre os grupos 1 e 3; seguida pela diferença entre os grupos 1 e 2 e, por fim, pela menor diferença entre os grupos 2 e 3.

Tabela 3.

Estudo comparativo da Independência física nos diferentes grupos

Independência Física					
Variável		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	p
		Comunidade	Apoio	Institucionalização	
		Média ± DP	Domiciliário	Média ± DP	
			Média ± DP		
Total	Score	21,3±3,7 ^{a,b}	9,1±5,9 ^c	5,8±3,5	<0,001
(pontos)					
a, diferenças significativas entre 1 e 2, p< 0,05					
b, diferenças significativas entre 1 e 3, p< 0,05					
c, diferenças significativas entre 2 e 3, p< 0,05					
p: Valor de p do teste Kruskal-Wallis					

Nota. De acordo com a tabela 3, a diferença nos resultados relativamente à independência física revelou ser estatisticamente significativa ($p<0,05$), sendo maior entre o grupo 1 e 3 (cerca de 15,5 pontos). Já a diferença entre o grupo 1 e 2 foi de cerca de 12,2 pontos e a diferença entre os grupos 2 e 3 foi de apenas cerca de 3,3 pontos.

Tabela 4.

Estudo comparativo da Qualidade de vida, bem-estar, e riscos sociais e de saúde nos diferentes grupos

Qualidade de vida, bem-estar, e riscos sociais e de saúde				
Variável	Grupo 1 Comunidade Média ± DP	Grupo 2 Apoio Domiciliário Média ± DP	Grupo 3 Institucionalização Média ± DP	p
Total Score	5,7±3,3 ^{a,b}	27,3±15,7 ^c	38,4±15,5	<0,001
Comunicação	0,17±0,4 ^{a,b}	0,8±0,9 ^c	0,8±0,9	<0,001
Bem-estar	4,5±6,1 ^{a,b}	6,1±1,5 ^c	6,4±1,4	<0,001
Mobilidade	0,5±1,4 ^{a,b}	9,7±5,7 ^c	12,6±3,5	<0,001
AVD`S	0,6±1,9 ^{a,b}	10,6±10,7 ^c	18,6±11,9	<0,001
a, diferenças significativas entre 1 e 2, p< 0,05				
b, diferenças significativas entre 1 e 3, p< 0,05				
c, diferenças significativas entre 2 e 3, p< 0,05				
p: Valor de p do teste Kruskal-Wallis				

Nota. Como se poder observar na tabela 4, os resultados da comparação entre todos os grupos relativamente à qualidade de vida, bem-estar, e riscos sociais e de saúde nos diferentes grupos mostraram-se estatisticamente significativos, $p < 0,05$. Observou-se -se uma maior diferença entre o grupo 1 e 3, nomeadamente, de cerca de 32,7 pontos no total score; de cerca de 0,63 pontos entre a comunicação; cerca de 1,9 no Bem-estar; cerca de 12,1 na mobilidade e cerca de 18 nas AVD`S.

Tabela 5.

Estudo da associação entre o perfil psicomotor e os indicadores de saúde, independência, qualidade de vida, bem-estar, e riscos sociais

	Perfil Psicomotor (Total)	Perfil Psicomotor (Prevalência motora)	Perfil Psicomotor (Prevalência cognitiva)	Perfil Psicomotor (Constrangimentos Físicos)
Cognição (Total)	0,820**	0,699**	0,856**	0,368**
Independência física (Total)	0,883**	0,926**	0,796**	0,448**
Easy-Care (Total)	-0,912**	-0,915**	-0,856**	-0,458**
Easy-Care (Comunicação)	-0,529**	-0,502**	-0,528**	-0,286**
Easy-Care (Bem-estar)	-0,666**	-0,694**	-0,618**	-0,351**
Easy-Care (Mobilidade)	-0,884**	-0,895**	-0,817**	-0,486**
Easy-Care (AVD`S)	-0,856**	-0,842**	-0,811**	-0,460**

** correlação significativa, $p < 0,01$

Nota. De acordo com a tabela 5, correspondente às análises de relação, foram observadas correlações significativas entre as variáveis referentes ao perfil psicomotor e as variáveis referentes à cognição à independência e à qualidade de vida, bem-estar, e riscos sociais e de saúde e entre os domínios são significativas em $p < 0,05$. As correlações positivas são entre o perfil psicomotor (total), o perfil psicomotor (Prevalência motora), Perfil Psicomotor (Prevalência cognitiva), Perfil Psicomotor (Constrangimentos Físicos) e a cognição (total), a independência física (total) variando o r entre 0,448 e 0,926. As correlações negativas foram observadas entre o Easy-Care (total), Easy-Care (Comunicação), Easy-Care (Bem-estar), Easy-Care (Mobilidade), Easy-Care (AVD`S) e o Perfil psicomotor (total), o perfil psicomotor (Prevalência motora), Perfil Psicomotor (Prevalência cognitiva), Perfil Psicomotor (Constrangimentos Físicos) variando o r entre -0,286 e -0,915. Será de referir que, quanto menor o

valor da pontuação das variáveis do teste Easy-Care, melhor o resultado. Deste modo observou-se que um melhor resultado nas variáveis referentes ao perfil psicomotor era associado a um melhor resultado nas restantes variáveis estudadas.

Analisando os resultados constatou-se que as correlações mais fortes foram entre a independência física (total) e o perfil psicomotor (prevalência motora) ($r=0,926^{**}$), correlação entre o Easy-Care (total) e o perfil psicomotor (prevalência motora) ($r=-0,912^{**}$), entre o Easy-Care (mobilidade) e o perfil psicomotor (prevalência motora) ($r=0,895^{**}$); entre o Easy-Care (mobilidade) e o perfil psicomotor (total) ($r=0,884^{**}$); entre a Independência física (total) e o perfil psicomotor (total) ($r=0,883^{**}$); entre o Easy-Care (AVD`S) e o perfil psicomotor (total) ($r=-0,856^{**}$) a cognição (total) e o perfil psicomotor (prevalência cognitiva) ($r=0,856^{**}$); entre o Easy-Care (AVD`S) e o perfil psicomotor (prevalência motora) ($r=-0,842^{**}$); o Easy-Care (total) e o perfil psicomotor (total) ($r=0,820^{**}$); entre o Easy-Care (mobilidade) e Perfil Psicomotor (Prevalência cognitiva) ($r=-0,817^{**}$); entre a Independência física (Total) e o Perfil Psicomotor (Prevalência cognitiva) ($r=0,796^{**}$).

As correlações moderadas observaram-se entre o Easy-Care (Comunicação) e o Perfil Psicomotor (Total) ($r=-0,529^{**}$); entre o Easy-Care (Comunicação) e Perfil Psicomotor (Prevalência cognitiva) ($r=-0,528^{**}$); entre o Easy-Care (Comunicação) e o Perfil Psicomotor (Prevalência motora) ($r=-0,502^{**}$); entre o Easy-Care (Bem-estar) e o Perfil Psicomotor (Prevalência cognitiva) ($r=-0,618^{**}$); entre o Easy-Care (Bem-estar) e o Perfil Psicomotor (Prevalência motora) ($r=-0,666^{**}$); entre o Easy-Care (Bem-estar) e o Perfil Psicomotor (Prevalência motora) ($r=-0,694^{**}$); entre a Cognição (Total) e o Perfil Psicomotor (Prevalência motora) ($r=0,699^{**}$).

As correlações mais fracas foram entre o Easy-Care (comunicação) e o perfil psicomotor (Constrangimentos físicos) ($r=-0,286^{**}$), entre o Easy-Care (Bem-estar) e o perfil psicomotor (Constrangimentos físicos) ($r=-0,351^{**}$); entre a Independência física (Total) e o Perfil Psicomotor (Constrangimentos Físicos) ($r=0,448^{**}$); entre o Easy-Care (Total) e o Perfil Psicomotor (Constrangimentos Físicos) ($r=-0,458^{**}$); entre a cognição (total) e o perfil psicomotor

(Constrangimentos físicos) ($r=0,368^{**}$). O valor de p foi de $p<0,001$ para todas as correlações e como $p<0,05$ então as correlações são significativas.

Discussão de resultados

Este estudo teve como objetivo investigar as competências psicomotoras da pessoa idosa em diferentes contextos de vida, oferecendo uma compreensão mais profunda do seu perfil psicomotor e da relação deste com a independência na realização das atividades da vida diária, o estado cognitivo, a qualidade de vida, o bem-estar e o risco social e a saúde.

Após a análise dos resultados, foi possível observar diferenças significativas entre os três grupos estudados e uma correlação forte a moderada entre o perfil psicomotor e todos os parâmetros dos outros domínios estudados. Estas descobertas oferecem novas perspectivas sobre as alterações das competências estudadas, sobre a sua inter-relação e por isso como o declínio de uma competência também se associa ao declínio dos outros parâmetros estudados relacionados com a saúde e bem-estar das pessoas idosas. Para além disso, os resultados mostraram que o declínio dos parâmetros nos domínios, tanto psicomotores, como cognitivos, ou funcionais, além do bem-estar e qualidade de vida, podem explicar a inserção da pessoa idosa em determinados contextos de vida.

Os resultados do perfil psicomotor revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, evidenciando uma diminuição das competências psicomotoras à medida que se avança do grupo 1 (comunidade: menos idoso) para o grupo 2 (apoio domiciliário: mais idoso) e o grupo 3 (institucionalização: o mais idoso). Tal como corrobora o estudo de Rosado et al., (2020) que evidencia que no decorrer do envelhecimento, manifestam-se perdas nas competências psicomotoras de forma progressiva e cada vez mais acentuada. Fernandes et al., 2018 evidencia também que o envelhecimento traz a diminuição das capacidades físicas, cognitivas e sociais, que se acentuam com o aparecimento de doenças, impactando a qualidade de vida e a adaptação ao meio. Esta adaptação ao meio poderá influenciar o contexto onde a pessoa idosa se insere, de acordo com as suas capacidades para serem independentes e terem qualidade de vida adequada. Neste seguimento, as alterações corporais que ocorrem no envelhecimento afetam a estrutura psicocorporal do idoso e a maneira como ele se relaciona com o seu corpo (Fernandes et al., 2018), que afeta por consequência a forma como este se relaciona com o meio envolvente

e as suas relações com o outro. Além disso Calvante & Elaila (2018), evidenciam a relação entre ambiente e a pessoa que se insere no mesmo, como uma relação dinâmica através de sinais físicos emitidos pelo ambiente e o tônus da pessoa. Nesse sentido, não existe uma separação rígida entre o ser vivo e o seu meio, influenciando-se mutuamente (Calvante & Elaila, 2018).

No Grupo 1, que corresponde às pessoas idosas com uma idade mais jovem, a média do score total do perfil psicomotor foi de $\bar{X} = 89,6$ pontos, indicando melhores capacidades psicomotoras entre aqueles que vivem na comunidade. No Grupo 2, com uma faixa etária intermédia, o score médio foi de $\bar{X} = 67,9$ pontos, enquanto no Grupo 3, composto pelas pessoas idosas com idade mais avançada, o score foi ainda mais reduzido, com $\bar{X} = 58,4$ pontos. A literatura indica que o acesso ao apoio domiciliário e à institucionalização em ERPI é frequentemente condicionado por circunstâncias de vida menos favoráveis, sendo especialmente relevante a necessidade de cuidados devido à incapacidade de realizar as atividades da vida diária, bem como à diminuição das funções motoras e cognitivas (Bicho & Arco, 2014). Relacionando com o que foi referido no parágrafo anterior, a interação entre o ambiente e o "Eu" acontece de forma dinâmica, sendo particularmente visível nas pessoas idosas, que apresentam uma redução da sua independência e, por conseguinte, necessitam de maior apoio. Este apoio, muitas vezes, implica a inserção num contexto institucional, uma vez que o ambiente em que se encontram exerce um impacto direto nas suas capacidades psicomotoras e na sua qualidade de vida.

Relativamente às pessoas idosas que necessitam de apoio domiciliário, este serviço social é direcionado para pessoas em situação de dependência, para satisfação de necessidades básicas e específicas, apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana e atividades sociorecreativas (Instituto da Segurança social, n.d). O que relaciona os resultados deste estudo com as características desta população, sendo que já necessita de apoio para uma maior autonomia devido às menores competências motoras e funcionais e também já a alguma limitação a nível cognitivo, pelo que se observa nos resultados do grupo 2. Apoio este direcionado mais para pessoas que residem em áreas urbanas ou menos isoladas como referido anteriormente.

Num contexto de vida, com um nível de apoio maior que é o caso das pessoas idosas institucionalizadas, de acordo com o Artigo 5º (Diário da Republica, 2023) as Estrutura Residenciais para pessoas idosas, também têm critérios para sua integração, nomeadamente, (i) pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência; (ii) pessoas adultas de idade inferior a 65 anos, em situações de exceção devidamente justificadas; (iii) situações pontuais onde ocorra a ausência, impedimento ou necessidade de descanso do cuidador. Neste contexto de vida, a pessoa idosa já não consegue estar na sua casa e ser independente necessitando de ser ajuda de outras pessoas (Martins & Drago, 2012) por causas anteriormente referidas ao longo deste trabalho e por isso necessita de um maior apoio, a nível afetivo, funcional, cognitivo e psicomotor. Carneiro et al., (2012); Ornelas & Vilar (2011) corroboram, referindo que a pessoa idosa recorre à institucionalização devido a questões médicas quando à deterioração das competências físicas e/ou cognitivas, que causam maior dependência o que impossibilita a independência nas atividades da vida diária; questões sociais como a solidão, a incapacidade de a família cuidar de si; questões financeiras, como a perda de poder aquisitivo, a impossibilidade de se alimentar bem, de pagar serviços. De acordo com Martins & Daco (2012) a pessoa idosa geralmente ingressa numa ERPI pela razão da perda do seu cônjuge. Isto reflete-se numa grande mudança na vida destas pessoas, pois perdem a sua rotina ficando limitados sendo que deixam de ter os seus horários, perdem a sua autonomia porque há pessoas que fazem tudo aquilo que não conseguiriam realizar sozinhos e acabam por se acomodar a essa ajuda ficando cada vez mais limitados (Martins & Drago, 2012). Esta informação acaba por se cruzar com os resultados deste estudo, onde a maioria das pessoas idosas que estão em contexto de instituição, ou seja, o grupo 3 é viúva, tem mais de 65 anos e têm um grau elevado de dependência.

A falta de estímulo cognitivo e motor, devido a falta de técnicos especializados, poucos recursos humanos e a possível restrição de espaço físico das instituições (Souza & Baptista, 2015 citado por Guimarães, et al., 2023; Mariano et al., 2020), podem levar a uma rotina pouco ativa, o que causa declínio das competências cognitivas e motoras, prejudicando a saúde física e mental e

a identidade da pessoa idosa (Mariano et al., 2020). O que não acontece com as pessoas idosas na comunidade porque acabam por ter mais oportunidades de estímulo físico e social, o que contribui para a manutenção das suas competências psicomotoras. Relativamente aos idosos que necessitam de apoio domiciliário, apresentam maior isolamento, podendo causar sintomas depressivos o qual pode comprometer as competências cognitivas (Pocinho et al., 2017). Os resultados deste estudo, confirmam o facto de no grupo 2 haver uma maior percentagem em relação ao grupo 1 de pessoas que vivem sozinhas, o que de certa forma diminui as relações sociais. O comprometimento cognitivo por sua vez pode influenciar o processo de tomada de decisão, a autonomia e a qualidade de vida. Em resultado são agravados o sofrimento psíquico, a sensação de incapacidade funcional, e os sentimentos de isolamento e de solidão (Martins & Drago, 2012). Além disso, Pocinho (et al., 2017) reforça que défices nas capacidades funcionais, diminuem a socialização, perdendo também a sua identidade (Pocinho et al., 2017).

Destaca-se que, no que concerne às áreas do perfil psicomotor, verificou-se uma diminuição da prevalência motora, cognitiva e nos constrangimentos físicos nos três grupos, com diferenças claras entre os participantes que viviam nos diferentes contextos de vida.

As pessoas idosas da comunidade (grupo 1) apresentaram melhores resultados em todos os domínios, enquanto as do grupo 3 (institucionalização) mostraram as maiores dificuldades e comprometimentos. Como já sugerido acima, esta tendência pode dever-se em parte à diferença de idades entre os grupos, uma vez que as pessoas idosas do grupo 3 eram, mais velhas (75 a 96 anos; $\bar{X} = 86,2$) na generalidade em comparação com as do grupo 1 (65 a 88 anos; $\bar{X} = 72,5$). Esta relação entre idade e declínio psicomotor foi reportada por Bordin et al., (2024) que associou o envelhecimento a um comprometimento progressivo das capacidades cognitivas e motoras.

O baixo nível de escolaridade observado no grupo 3 também pode ter influenciado os resultados. Foi neste grupo que se verificou o maior número de pessoas sem escolaridade, o que é consistente com as características da população idosa de zonas rurais, onde o analfabetismo é mais prevalente

(Caeiro & Gomes da Silva, 2008). Estudos anteriores mostram que níveis baixos de instrução estão associados a maior risco de dependência, exclusão social e mortalidade (Soares & Istoe, 2015), o que pode ajudar a explicar o pior desempenho cognitivo e psicomotor no grupo 3. Para além disso, as pessoas idosas em zonas rurais têm menor acesso a atividades sociais e educativas, o que contribui para um défice cognitivo mais acentuado, como demonstrado por Bordin et al. (2024). Estes fatores estão presentes no grupo 3, onde 92% dos participantes residiam em áreas rurais. As pessoas idosas a viver em zonas rurais mais isoladas têm menor possibilidade de receber apoio domiciliário e, por isso, quando necessitam de cuidados a solução possível é a institucionalização (Moreira, 2020). De acordo com outro estudo sobre a morbilidade e qualidade de vida de idosos em zonas rurais e urbanas com diabetes mellitus, observou-se que, na zona rural apresentaram melhores condições sociodemográficas, menor frequência de morbilidades e melhor qualidade de vida, comparativamente às pessoas idosas que residiam na área urbana (Santos et al., 2013).

Nos outros grupos observou-se maior percentagem de pessoas a viver em zonas urbanas, que acabam por ter mais acesso a condições de saúde, social e informação. Tavares et al., (2012) corrobora o exposto, referindo que os fatores externos (comércio, serviços de saúde, escolas, acesso a transportes, distâncias geográficas para aquisição de bens e serviços) podem causar barreiras na saúde e qualidade de vida das pessoas idosas. Estas condições encontram-se precárias e prejudicam a pessoa idosa que reside em zonas rurais (Magalhães et al., 2022). De acordo com Fernandes, 2014 (citado por Fernandes et al., 2018) a interação entre o corpo e o ambiente através da pele, do movimento, do toque e da exploração é essencial para o desenvolvimento do sentimento de si e da identidade. Desta forma, como podemos perceber há algumas barreiras tanto nas zonas rurais como nas zonas urbanas, o que pode dificultar a boa interação entre corpo e ambiente, pois o toque, movimento e exploração nem sempre é possível para quem não consegue ter dependência para se movimentar sozinho, ou quem vive isolado e nem sempre consegue sentir o toque de alguém conhecido e essa identidade poderá ver-se perdida no processo de envelhecimento.

A análise de correlações indicaram associações significativas entre o perfil psicomotor e várias competências e parâmetros dos domínios funcionais e de saúde, nomeadamente a cognição, independência física, mobilidade, comunicação, bem-estar e atividades de vida diária (AVD's), sendo que um resultado inferior no perfil psicomotor associou-se sistematicamente a um resultado inferior nas competências e outros parâmetros dos outros domínios estudados. Isto sugere que quando as áreas do perfil psicomotor são afetadas, os parâmetros e competências dos restantes domínios também sofrem impactos, revelando uma interdependência entre as competências e outros parâmetros dos diferentes domínios estudados.

Pode-se ainda evidenciar as correlações fortes, nomeadamente: entre a independência física (total) e o perfil psicomotor (prevalência motora); correlação entre o Easy-Care (total) e o perfil psicomotor (prevalência motora), entre o Easy-Care (mobilidade) e o perfil psicomotor (prevalência motora); entre o Easy-Care (mobilidade) e o perfil psicomotor (total); entre a Independência física (total) e o perfil psicomotor (total); entre o Easy-Care (AVD`S) e o perfil psicomotor (total) a cognição (total) e o perfil psicomotor (prevalência cognitiva); entre o Easy-Care (AVD`S) e o perfil psicomotor (prevalência motora); o Easy-Care (total) e o perfil psicomotor (total); entre o Easy-Care (mobilidade) e Perfil Psicomotor (Prevalência cognitiva); entre a Independência física (Total) e o Perfil Psicomotor (Prevalência cognitiva). Neste seguimento, observaram-se também correlações fracas, nomeadamente: entre o Easy-Care (comunicação) e o perfil psicomotor (Constrangimentos físicos); entre o Easy-Care (Bem-estar) e o perfil psicomotor (Constrangimentos físicos); entre a Independência física (Total) e o Perfil Psicomotor (Constrangimentos Físicos); entre o Easy-Care (Total) e o Perfil Psicomotor (Constrangimentos Físicos); entre a cognição (total) e o perfil psicomotor (Constrangimentos físicos).

Estes resultados estão em linha com as descobertas de Francisco et al. (2019), que afirmam que as competências psicomotoras têm um papel crucial na funcionalidade diária e na capacidade de realizar tarefas como vestir-se, onde a organização do movimento, o controlo postural e a agilidade são essenciais.

Por outro lado, estes resultados também alertam para a necessidade da realização de intervenções, dirigidas às pessoas que vivem nos contextos

estudados na presente investigação, que promovam um trabalho holístico numa estimulação abrangente dirigida às competências psicomotoras, às competências cognitivas e funcionais, promovendo a qualidade de vida e bem-estar, diminuindo os riscos sociais e de saúde.

De acordo com (Branquinho & Espadinha, 2019) a gerontopsicomotricidade pode auxiliar a pessoa idosa a nível preventivo, devendo-se implementar programas de respostas ao envelhecimento para esse efeito. Desta forma, o psicomotricista promove a manutenção das capacidades funcionais da pessoa idosa e melhora a perceção e conhecimento que estes têm sobre si e das suas ações nas atividades da vida diária (Maria, Alexandra & César, 2018), que se vão alterando no envelhecimento. Utilizando o corpo e o movimento como ferramentas de intervenção, o psicomotricista pode ajudar a melhorar a estrutura psicocorporal, favorecendo o desenvolvimento das capacidades funcionais e a (re)construção da perceção de si e da identidade do idoso (Fernandes et al., 2018). Com isso, é possível prevenir a perda das suas competências.

Na intervenção dirigida ao domicílio, o Psicomotricista pode realizar um trabalho mais no sentido psicoeducativo para os cuidadores, pois tem um impacto positivo nas pessoas idosas, visto que acabam por receber uma resposta mais adequada para as suas problemáticas (Branquinho et al., 2021). Além disso, incidir também na melhoria das competências psicomotoras que neste contexto de vida, como vimos nos resultados deste estudo já se encontram mais debilitadas.

No contexto institucional, o Psicomotricista tem um papel fundamental a nível terapêutico, incidindo no declínio das várias competências da pessoa idosa e sintomas de patologias e comorbidades que muitas vezes caracterizam a pessoa idosa neste contexto. Por outro lado, o Psicomotricista é necessário para acompanhar a pessoa idosa desde o momento em que o processo de institucionalização acontece, como na também na integração da pessoa idosa a um espaço, rotinas e pessoas diferentes, e até mesmo à adaptação do espaço para não haja barreiras que condicionem o seu dia-a-dia (Branquinho et al., 2021).

Assim a atuação do psicomotricista deve ter como base a intervenção através da mediação corporal das competências psicomotoras, integrando também outras competências fundamentais para o funcionamento equilibrado e harmonioso da pessoa. De acordo com Muchielli, 2015 (citado por Fernandes et al., 2018) o corpo é como se fosse a nossa casa durante o nosso percurso de vida, acarretando todas as mudanças ao longo do tempo. Esta casa só é habitada de forma confortável quando a pessoa idosa tem consciência da sua identidade corporal e sente unidade, valor, autonomia e confiança (Muchielli, 2015 citado por Fernandes et al., 2018).

Dessa forma, é evidente que o trabalho do psicomotricista é essencial tanto na vertente preventiva, visando evitar o declínio precoce dessas competências, quanto na vertente terapêutica, minimizando e mantendo possíveis perdas nas áreas motoras, funcionais, cognitivas e psicomotoras.

No que toca à cognição, os resultados também revelaram uma diferença clara entre os grupos. As pessoas idosas do grupo 1, que vivem na comunidade, apresentaram melhores resultados em competências cognitivas comparativamente aos grupos 2 e 3. Esta diferença pode ser explicada pela maior participação em atividades sociais e cognitivamente estimulantes entre as pessoas que vivem na comunidade, o que parece proteger contra o declínio cognitivo. No grupo 3, os resultados mais baixos podem ser justificados pelo isolamento social e pela falta de estímulos cognitivos, corroborando os resultados de Pereira (2019), que sugere que o declínio das funções cognitivas afeta negativamente a capacidade funcional e a independência da pessoa idosa. Podem ainda ser explicados pela idade mais longa que caracteriza este grupo. De acordo com o avançar da idade ocorre perda funcional na matéria branca do cérebro, desajustando a sinalização neuronal e, conseqüentemente, contribuindo para a ocorrência de declínio cognitivo (Pereira, 2019). Podemos ainda relacionar os resultados do grupo 3 com características propícias a desenvolvimento de quadros de demência, tal como evidencia Melo & Pereira (2023), referindo a idade, o nível de escolaridade, o fator genético e outras comorbidades. Segundo Nunes, Melo & Bonini (2023) há um declínio da capacidade cognitiva associado à perda de habilidades para executar tarefas do dia a dia, quando a pessoa idosa apresenta demência. Para além disso, nas

zonas rurais, de acordo com (Graça et al., 2022) há maior prevalência de demência nas zonas rurais do que nas zonas urbanas, o que podemos relacionar com o nosso estudo pois grande parte da população estudada com piores resultados nas competências cognitivas vivia na zona rural e em contexto de instituição (grupo 3).

O declínio das competências físicas e cognitivas observado no grupo 3 também foi acompanhado por um aumento do risco de dependência nas atividades da vida diária. Os resultados da escala Easy Care mostraram uma relação inversa entre a prevalência cognitiva e a dependência funcional, ou seja, quanto maior o déficit cognitivo, maior a dependência para realizar tarefas do quotidiano. Este resultado é consistente com o estudo de Freitas et al. (2012), que indicam que a dependência nas atividades instrumentais da vida diária é mais prevalente em pessoas com mais de 80 anos, especialmente em tarefas que requerem funções cognitivas mais complexas.

Por outro lado, os resultados da independência física mostraram uma clara diferença na capacidade de realização das tarefas diárias entre os grupos, com o grupo 2 com valores inferiores ao grupo 1 e o grupo 3 com valores inferiores ao grupo 1. Estes resultados confirmam a diminuição de independência física à medida que aumentam os níveis de apoio nos contextos de vida, sendo este um dos fatores críticos que afetam a qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa. Assim como corrobora Ferreira et al., (2023) que evidencia que fatores como cinco ou mais anos de escolaridade, ser ativo em atividades de lazer, ter um menor número de patologias, maior independência na realização de tarefas, não sofrer quedas e não recorrer à polifarmácia, são aspetos que melhoram a qualidade de vida das pessoas idosas. Em conformidade, os resultados da qualidade de vida também diminuíram do grupo 1 para o grupo 3, confirmando que a perda de independência e mobilidade contribui significativamente para uma pior perceção de bem-estar. Num estudo realizado para perceber as capacidades funcionais de idosos na zona do Alentejo, percebeu-se que os idosos mais ativos apresentavam melhores resultados em testes de força resistente, de resistência aeróbia e de agilidade (Bravo et al., 2018), o que não acontece no grupo 3. Okuno, da Costa & Belasco (2020) também corroboram estes resultados, sendo que afirmam que quanto melhor a capacidade funcional,

motora, cognitiva e envolvimento social, melhor será a qualidade de vida da pessoa idosa. Nos idosos, o grau de independência nas AVD's está associado à depressão, porém de forma negativa, ou seja, quanto mais independentes forem os idosos menos depressivos estarão (Martins & Drago, 2012).

Relativamente à comunicação, os resultados foram ligeiramente melhores no grupo 1, enquanto nos grupos 2 e 3 se observaram resultados idênticos. Já nos domínios do bem-estar e da mobilidade, houve uma diferença significativa, especialmente entre o grupo 1 e os restantes grupos. No que toca às atividades da vida diária (AVD's), verificou-se também uma maior dependência no grupo 3, sendo este o grupo com os resultados mais baixos a nível cognitivo e psicomotor, o que está em conformidade com o relatado por Freitas et al. (2012). Este autor refere que a dependência nas atividades instrumentais da vida diária é mais prevalente nas pessoas idosas com idades superiores a 80 anos, relacionando com um comprometimento cognitivo (Freitas et al., 2012).

Esta investigação centrada no estudo do perfil psicomotor de pessoas idosas a viver em diferentes contextos e na sua relação com indicadores de saúde, qualidade de vida, o bem-estar e o risco social sugere a importância do trabalho do psicomotricista especialmente no contexto preventivo, para promover um envelhecimento ativo e saudável entre as pessoas idosas que vivem na comunidade.

A gerontopsicomotricidade pode desempenhar um papel vital ao evitar o declínio psicomotor e cognitivo e ao melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, seja em contextos preventivos ou terapêuticos (Branquinho & Espadinha, 2019). A intervenção preventiva ou primária, permite preservar as competências funcionais, evitando o agravamento das dificuldades psicomotoras e minimizando o risco de desenvolver patologias associadas ao envelhecimento, como a demência (Francisco et al., 2019). De acordo com um estudo sobre a relevância da intervenção psicomotora, constatou-se que há melhores resultados em relação à funcionalidade, amplitude de movimento, coordenação motora, propriocepção, tonicidade, equilíbrio e estruturação espaço-temporal (Oliveira et al., 2017).

A intervenção secundária mais direcionada para pessoas com as características do grupo em apoio domiciliário, consiste numa intervenção para idosos com défices cognitivos ou funcionais leves, visando manter as capacidades e estimular as que estão a deteriorar-se (Rodríguez, 2003). Segundo (Mendes et al., n.d.) Técnicos de Reabilitação Psicomotora, em conjunto com profissionais de outras áreas, podem criar ambientes individuais, familiares e comunitários que sejam benéficos e não criem barreiras para a promoção da segurança e prevenção de situações de risco para a pessoa idosa. Desta forma conseguem promover um envelhecimento mais ativo e saudável para que a pessoa idosa consiga ser mais autónoma dando-lhe uma maior qualidade de vida.

A intervenção terciária aplica-se quando há um diagnóstico estabelecido e os défices são evidentes, focando no desenvolvimento de estratégias para ultrapassar e manter capacidades, promover a autonomia nas atividades e melhorar a qualidade de vida (Rodríguez, 2003). Esta última intervenção é mais adequada ao perfil psicomotor das pessoas idosas institucionalizadas.

De acordo com um estudo onde se avaliou os efeitos de uma intervenção psicomotora, com duração de quatro meses, no equilíbrio e função cognitiva de idosos institucionalizados, observou-se a intervenção psicomotora pode ser uma estratégia benéfica para melhorar o equilíbrio estático em idosos institucionalizados (Oliveira et al., 2024). Segundo outro estudo sobre a efetividade da fisioterapia juntamente com intervenção psicomotora em idosos institucionalizados, observou-se uma melhoria a nível físico, nomeadamente quanto à qualidade e amplitude de movimento e na saúde de forma global (Banzatto et al., 2015). Segundo a perceção desses idosos, sentiram uma maior sensação de bem-estar e fortalecimento, através de maior elasticidade dos músculos, bem como melhorias a nível emocional (Banzatto et al., 2015).

Pelo exposto, podemos relacionar os resultados obtidos neste estudo de acordo com os benefícios mencionados e o tipo de intervenção psicomotora. No grupo 1, as pessoas apresentam uma menor abrangência da faixa etária sendo este o grupo de pessoas com idade menos avançada ($\mu=72,5$), com maior escolaridade e menos sozinhas sendo que havia uma maior percentagem de pessoas casadas (79,5%) e conseqüentemente a viver em casal (75,6%). Para

além disso foi onde se observou que uma maior percentagem das pessoas caracterizou como suficiente as suas finanças ao fim do mês (89,7%), fatores estes que podem influenciar a pessoa idosa, tanto no contacto com mais estímulos, mais informação e mais capacidades para compreender como aceder a meios sociais e de saúde adequados. Para além disso, maiores capacidades financeiras para adquirir esses meios de ajuda. No grupo 1 ainda se observou que a nível psicomotor, obteve-se uma maior média total, bem como na prevalência motora, cognitiva e constrangimentos físicos, o que sugere que, como já referido, pode-se apostar numa intervenção primária, prevenindo problemas psicomotores, como na cognição, capacidade funcional e qualidade de vida e bem-estar social e da saúde da pessoa idosa. Pois nos grupos 2 e 3 observam-se como referidos um declínio destas áreas.

No grupo 2 podemos perceber que as pessoas idosas apresentam uma abrangência intermédia da faixa etária sendo ($\mu=77,3$), com menor escolaridade que o grupo anterior e mais sozinhas sendo que havia uma menor percentagem de pessoas casadas (47,1%) e conseqüentemente a viver em casal (49%). Relativamente às finanças observou-se uma percentagem intermédia das pessoas que caracterizaram como suficiente as suas finanças ao fim do mês (70,6%), mas uma maior percentagem em relação ao grupo 1 de pessoas que referem que sobra algum dinheiro no final do mês (9,8% no grupo 2 e 2,6 % no grupo 1). No grupo dois podemos perceber que o perfil psicomotor total diminui, tal como na prevalência motora, cognitiva e constrangimentos físicos, cognição e qualidade de vida e bem-estar e riscos sociais e de saúde. Deste modo, é importante uma intervenção secundária, onde como já referido é direcionada para idosos com défices cognitivos e funcionais, incidindo no âmbito terapêutico para a manutenção e estimulação das capacidades da pessoa idosa.

No grupo 3 podemos perceber que as pessoas idosas apresentam uma faixa etária mais longeva ($\mu=86,2$), com menor escolaridade e uma maior percentagem de pessoas viúvas (84%). Para além disso foi onde se observou que uma maior percentagem das pessoas caracterizou como insuficiente as suas finanças ao fim do mês (32%). Neste último grupo os resultados obtidos nas várias áreas foram os mais baixos, o que relacionando com as características descritas acima e com a análise de correlação significativa em

todas as áreas, sugere que com o declínio de uma competência psicomotora, influencia as outras competências. A intervenção psicomotora deve assim ser direcionada com o objetivo de desenvolver estratégias para superar as dificuldades causadas pelos défices nas competências psicomotoras e de uma possível patologia associada, combatendo o avanço dos efeitos dessa deterioração.

Assim, este estudo contribui para o conhecimento das competências psicomotoras em cada perfil (psicomotor) nos diferentes contextos de vida. Além disso, destaca a importância que esse conhecimento pode ter na preservação dessas competências, sugerindo que uma intervenção precoce e contínua pode promover um envelhecimento mais saudável e funcional. O papel do psicomotricista em cada fase do envelhecimento, desde a prevenção até aos cuidados paliativos onde há uma abordagem mais terapêutica. Questiona-se também, que medidas poderão ser propostas para que a pessoa idosa consiga ter mais apoios e conseguirmos ter um ambiente e sociedade mais inclusiva com esta população. Assim, tendo em conta que aspetos como a solidão, perda de capacidades funcionais e cognitivas, que prejudicam a qualidade de vida e bem-estar estão evidenciadas neste estudo há que pensar que medidas serão possíveis para retardar a perdas destas competências.

Limitações do estudo

A amostra deste estudo foi de conveniência, o que significa que não é representativa da população portuguesa de uma forma geral. Esta limitação compromete a capacidade de generalização dos resultados, uma vez que a amostra pode não refletir de maneira precisa as características da população idosa residente no Alentejo. Para que a amostra fosse mais representativa da população do Alentejo, seria necessário reunir participantes de diversas instituições e de diferentes zonas geográficas da região, alargando o campo de estudo. Além disso, outro fator limitante foi a desigualdade no número de pessoas em cada grupo. A diferença no tamanho das amostras dificultou a realização de comparações equitativas entre os grupos, o que prejudicou a análise dos dados e pode ter introduzido viés nas conclusões. Para garantir uma

análise mais justa, seria importante que o número de participantes fosse equilibrado em todos os grupos.

Durante as avaliações realizadas em contexto institucional, observou-se que os participantes idosos ficaram bastante cansados, uma vez que as avaliações demoraram algum tempo e exigiram várias pausas. O cansaço pode ter influenciado a qualidade das respostas, bem como a precisão das medições, especialmente em tarefas físicas ou cognitivas, o que pode ter afetado os resultados do estudo.

Outro limite importante do estudo foi o facto de a recolha de dados ter ocorrido apenas uma vez, podendo estar sujeita a algum tipo de influência daquele momento em específico, ou seja, as variáveis observadas podem ser afetadas por fatores em particular, como o estado de saúde dos participantes ou condições ambientais. Por último, a recolha de dados num único momento também pode ser afetada pela memória ou pela forma como os participantes percebem e relatam as suas próprias experiências. Como as avaliações foram feitas numa única ocasião, as respostas podem não refletir com precisão a realidade quotidiana dos participantes, podendo estar influenciadas por elementos contextuais ou temporais que alteram a perceção da sua condição.

Em termos práticos, é fundamental desenvolver programas de intervenção psicomotora a nível preventivo para os idosos que apresentam boas condições iniciais, especialmente aqueles que vivem de forma independente na comunidade. Estes programas devem ter como objetivo a manutenção das capacidades psicomotoras, cognitivas e funcionais, promovendo a mobilidade, a coordenação motora, o equilíbrio e a interação social. Já para os idosos com sinais de declínio nas suas capacidades, como é o caso dos que recebem apoio domiciliário, é necessário implementar intervenções terapêuticas que ajudem a manter ou recuperar a sua independência nas atividades diárias, através da estimulação cognitiva e física, ajustada às suas limitações.

No caso dos idosos institucionalizados, que geralmente apresentam um maior declínio nas suas capacidades psicomotoras e cognitivas, as intervenções devem focar-se na manutenção da autonomia nas atividades diárias e no reforço do bem-estar emocional. Além disso, é imprescindível que as instituições

proporcionem um ambiente seguro e adaptado, onde os idosos possam participar em atividades sociais e cognitivas que promovam a interação e o envolvimento na comunidade.

Um aspeto relevante, especialmente em contextos de apoio domiciliário, é a formação de cuidadores. Programas de formação direcionados aos cuidadores são essenciais, uma vez que permitem que estes apliquem técnicas e estratégias que favoreçam a manutenção das competências psicomotoras e cognitivas dos idosos. O psicomotricista pode desempenhar um papel crucial nesta área, oferecendo formação que capacite os cuidadores a terem mais recursos, apoiando os idosos na sua autonomia e qualidade de vida.

Outra recomendação importante para a prática é a integração de uma abordagem multidisciplinar. O trabalho conjunto entre psicomotricistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros profissionais de saúde é fundamental para garantir uma abordagem holística e eficaz ao envelhecimento, que contemple as diferentes dimensões da pessoa idosa, desde a funcionalidade física e cognitiva até o bem-estar emocional e social, aspetos estes que influenciam a qualidade de vida da pessoa idosa. Neste seguimento, é necessário ter em conta o contexto social e económico, uma vez que fatores como a educação, o isolamento social e as condições financeiras podem influenciar diretamente o perfil psicomotor e a qualidade de vida. Portanto, é essencial que as intervenções considerem também estes aspetos, promovendo a inclusão social e a participação ativa dos idosos em atividades comunitárias, bem como oferecendo suporte social quando necessário.

Em termos de investigação, seria valioso realizar estudos longitudinais que permitam observar a evolução do perfil psicomotor ao longo do tempo, considerando diferentes contextos e grupos etários. Isso proporcionaria uma melhor compreensão das mudanças psicomotoras e cognitivas que ocorrem durante o envelhecimento e ajudaria a identificar quais as intervenções mais eficazes em cada fase do processo. Além disso, é importante investigar os fatores de risco que contribuem para o declínio psicomotor nos idosos, como comorbidades, nível de atividade física, alimentação, e o contexto social e ambiental. Estes fatores podem fornecer informações valiosas para a construção de programas de intervenção mais personalizados e eficazes. Também seria

relevante avaliar a efetividade das intervenções psicomotoras em diferentes contextos (comunidade, apoio domiciliário, instituições) para identificar quais as abordagens mais eficazes na manutenção da autonomia e da qualidade de vida.

Outro ponto importante para futuras investigações seria o estudo da interação entre psicomotricidade e comorbidades nos diferentes contextos, já que muitas vezes os idosos sofrem de doenças associadas ao envelhecimento, como demência, doenças cardiovasculares e diabetes. Compreender como estas condições afetam as capacidades psicomotoras e como as intervenções psicomotoras podem ser ajustadas para mitigar os seus efeitos é essencial para o desenvolvimento de práticas mais eficazes.

Por fim, é necessário desenvolver instrumentos de avaliação psicomotora mais sensíveis e adequados à realidade da pessoa idosa. Ferramentas de avaliação mais precisas poderão ajudar os profissionais a personalizar as intervenções e controlar com maior eficácia os progressos ao longo do tempo, garantindo que as necessidades do idoso sejam atendidas de forma mais eficaz.

Em conclusão, as recomendações apresentadas visam a melhoria das práticas e intervenções na área da gerontopsicomotricidade, promovendo um envelhecimento mais ativo e saudável. A integração de abordagens multidisciplinares, a adaptação das intervenções ao contexto individual e a investigação contínua são fundamentais para garantir que os idosos possam envelhecer com dignidade, autonomia e qualidade de vida.

Conclusão

As pessoas idosas a viver independentemente na comunidade demonstraram melhores resultados em todos os parâmetros estudados, seguidos pelas pessoas a usufruir de apoio domiciliário e, finalmente, pelas pessoas institucionalizadas.

Por outro lado, as pessoas idosas em contexto de instituição revelaram os resultados mais baixos nos domínios avaliados, destacando-se um maior comprometimento psicomotor e cognitivo, assim como uma maior dependência nas AVD's. Além disso, verificou-se que a interdependência entre as diferentes

competências psicomotoras, cognitivas e de mobilidade está diretamente ligada à qualidade de vida e ao bem-estar da pessoa idosa. Pelo exposto, melhores resultados no perfil psicomotor são associados a melhores resultados nos indicadores de qualidade de vida, saúde e bem-estar independentemente do contexto de vida e por isso será importante que as intervenções com estas populações privilegiem a sua estimulação com fim de melhorar ou manter as competências psicomotoras.

Assim, este estudo reforça a importância da intervenção a nível preventivo e contínua, particularmente no contexto comunitário, para prevenir o declínio psicomotor e cognitivo e promover um envelhecimento saudável.

Reflexão Final

A gerontopsicomotricidade revela-se uma abordagem essencial, não só no contexto terapêutico, mas sobretudo no preventivo, desempenhando um papel fundamental na preservação das competências psicomotoras e na promoção da autonomia e da qualidade de vida das pessoas idosas. Programas de intervenção que integrem atividades de estimulação das competências psicomotoras, adaptados à realidade de cada idoso, juntamente com a promoção de atividades sociais e cognitivas, devem ser implementados tanto em domicílios como em instituições, a fim de minimizar o risco de declínio funcional e melhorar o bem-estar.

Em suma, este estudo contribuiu para a compreensão da relação do contexto de vida e competências psicomotoras da pessoa idosa e sugere que a implementação de estratégias de intervenção e prevenção no âmbito da Intervenção Psicomotora pode ajudar a preservar a funcionalidade e promover um envelhecimento mais ativo, saudável e autónomo.

Referências:

Almeida-Brasil, C., Silveira, M., Silva, K., Lima, M., Faria, C., Cardoso, C., Menzel, H., & Ceccato, M. (2017). Qualidade de vida e características associadas: Aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1705-1716.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>

Almeida, G., Carvalho, C., & Marmeleira, J. (2020). Capacidade funcional de pessoas idosas no 1.º mês e após 3 meses de institucionalização. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(3), 1982.
https://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/386/616

American Psychiatric Association (2013). manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5ª ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anbazhagan S., Surekha A., Saahithya J. (2020). mHealth In *Comprehensive Geriatric Service-The Way Forward*. Indian Journal of Community Health. 32(2),341-343.
<https://doi.org/10.47203/IJCH.2020.v32i02.007> .

Aquino, J., da Costa, J., Santos, J., da Fonseca, A., & Farias, A. (2021, dezembro 11,12,13). Doença de Parkinson em idosos e complicações pelo SARS-CoV-2: uma revisão integrativa. VIII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano.

Arruda, N., Maia, A., & Alves, L. (2018). Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre

1998 a 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(6). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>.

Avila, E., & Rodrigues, F. (2024). Características do cérebro no processo de senescência. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(3), e6026-e6026. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.3-331>.

Azevedo, L., Riscado, P., & Maia, C. (2022). A influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa: revisão integrativa da literatura. *Higeia: Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias*, 7(1), 17-27. <http://hdl.handle.net/10400.11/8072>.

Banzatto, S., da Silva, C., Alves, A., de Oliveira Viana, M., de Menezes, J., & Freitas, I. (2015). Análise da efetividade da fisioterapia através da psicomotricidade em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 28(1), 119-125. <https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p119>.

Banzatto, S., Alves, A., da Silva, C., de Oliveira Viana, M., Freitas, I., & Menezes, J. (2021). Análise da efetividade da fisioterapia através da psicomotricidade em idosos institucionalizados. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(6), 23855- 23865.10.34119/bjhrv4n6-019.

Barreto, J. (2017). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15. <http://aleph.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2393>.

Bertuzzi, D., Paskulin, L., & Morais, E. (2012). Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(1), 158-166. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100018>.

Bordin, D., Leme Trupel, I., de Oliveira Batista, J., dos Santos Spekalski, M., Cabral, I., Bordin, R., Hammerschmidt, K., & Grden, C. (2024). Comprometimento cognitivo leve sugestivo em pessoas idosas do espaço rural: prevalência e fatores associados. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 47(1). <https://research.ebsco.com/c/xyo2ah/viewer/pdf/7bjvqukkvv?route=details>.

Borges, J., Cruz, S., dos Anjos, T., & D'Oliveira, G. (2023). qualidade de vida em idosos, percepção do envelhecimento: uma revisão. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(10), 1815-1824. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i10.11937>

Brandily, A. (2023). *Psychomotricité et sujet âgé: place du corps dans le vieillissement*. Editora In Press.

Branquinho, C., & Espadinha, C. (2019). Gerontopsicomotricidade na comunidade: um projeto piloto da AEFMH. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, 44, 26-42. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7274318>.

Branquinho, C., & Falcão, S. (2021). Boas práticas no acompanhamento em gerontopsicomotricidade da pessoa com demência moderada a avançada. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (46), 5-23 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8305023>.

Branquinho, C., Morais, A., Espadinha, C., Santos, S., Lebre, P. (2021). *gerontopsicomotricidade: manual de apoio ao psicomotricista*. Faculdade de Motricidade Humana.

Bravo, J., Raquel, G., Folgado, H., & Raimundo, A. (2018). Níveis de atividade física e aptidão funcional em idosos da região do Alentejo, Portugal. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(2), 955. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(2\).955](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(2).955).

Caeiro, M., & Gomes da Silva, M. (2008). Factores predisponentes e incidentes críticos do declínio funcional da pessoa idosa. *ESSFIONLINE*, 4(1). <http://hdl.handle.net/10400.26/22128>.

Calza, A., & Contant, M. (2007). *Psychomotricité* (3ª ed.). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-70135-1.X5000-5>

Campos, G., dos Santos Fernandes, F., Tomaz, K., Araújo, M., da Costa Gomes, V., de Sousa, A., da Silva Reis, M., Portugal, J., Freitas, D., & Freire, N. (2020). A diferença na qualidade de vida entre idosos da zona urbana e rural: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (59), e4139-e4139. <https://doi.org/10.25248/reas.e4139.2020>.

Campos, H., Prestes, Y., Cardoso, M., da Silva Lopes, H., Leão, L., de Leon, E., & de Oliveira, E. (2021, dezembro). Envelhecimento, cognição e funcionalidade de idosos moradores da zona rural de parintins no interior do Amazonas-Brasil. In *15º Congresso Internacional da Rede Unida*.

Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., de Sousa Fialho, J., & Sacadura, M. (2012). O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade.

<https://doi.org/10.34632/povoseculturas.2012.8899>.

Carvalhais, M., Almeida, T., Azevedo, J., Sá, T., Soares, I., Alves, F., Duarte, A., & Paiva, F. (2019). Efeitos de um programa de estimulação cognitiva no funcionamento cognitivo de idosos institucionalizados. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(2), 19-28.

<https://doi.org/10.37914/riis.v2i2.54>.

Carvalho, N., & Duque, E. (2021). A importância da realização de atividades como pilar do envelhecimento ativo.

<https://hdl.handle.net/1822/73724>.

Casemiro, F., Quirino, D., Diniz, M., Rodrigues, R., Pavarini, S., & Gratão, A. (2018). Efeitos da educação em saúde em idosos com comprometimento cognitivo leve. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 801-810.

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0032>.

Cavalcante, S., & Elali, G. (2018). *psicologia ambiental: conceitos para a leitura da relação pessoa-ambiente*. Editora Vozes.

https://books.google.com.br/books?id=135TDwAAQBAJ&dq=como+o+ambiente+influencia+a+pessoa&lr=&hl=pt-PT&source=gbs_navlinks_s.

Charal, C., Westphal, G., Faúndez-Casanova, C., Castilho, M., do Amaral, M., Soares, G., Martins, F., Borim, M., & Candido, I. (2022). Coordenação motora: qualidade do movimento do idoso. *Research, Society and Development*, 11(6), e28111629255-e28111629255. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29255>.

Cochar-Soares, N., Delinocente, M., & Dati, L. (2021). *Fisiologia do envelhecimento: Da plasticidade às consequências cognitivas*. *Revista Neurociências*, 29. <https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.12447>.

Cortiçada, A., Vieira, F., Martins, S., Morais, A., Melo, A., & Santos, S. (2018). A comunicação no envelhecimento patológico: Análise comparativa entre gerontes com demência e parkinson. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, 43, 76-96. <https://www.researchgate.net/publication/323446246>.

Costa, V., Daronco, L., Lopes, L., & Balsan, L. (2019). Percepção da imagem corporal de indivíduos adultos e idosos. *RBONE-Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*, 13(82), 1011-1015. <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/11113/905>.

Cruzeiro, M., do Nascimento, M., de Assis Santos, A., Oliveira, I., & Rezende, C. (2022). Experiência em cuidar de idosos com demência no ambiente domiciliar: uma síntese qualitativa de evidências. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 14. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11788>

Dantas, B., & de Alcântara, B. (2015, setembro 21-26). Assistência transdisciplinar ao paciente idoso com comprometimento cognitivo leve (ccl). Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

da Silva, E., Lisboa, Q., Kokudai, R., & da Silva Castro, A. (2023). O cuidado integrado ao idoso acamado em atendimento domiciliar sob a ótica da

enfermagem. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, 10(1).<https://doi.org/10.61164/rmnm.v10i1.1539>.

da Silva, M., & da Silva, M. (2023). As práticas, atitudes e vivências das pessoas longevas. *RIAGE-Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 4, <https://doi.org/10.61415/riage.79>.

de Souza, M., de Jesus Porto, M., Araujo, A., de Souza, J., Santos, G., de Santana, W., ... & Nascimento, M. (2021). Envelhecimento: interrelação do idoso com a família e a sociedade. *Research, Society and Development*, 10(1), e3410111534e3410111534. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11534>.

Dias, G., & Mascioli, S. (2020). A psicomotricidade atrelada ao lúdico na terceira idade. *Revistas Publicadas FIJ-até 2022*, 3(1), 87-99. <https://portal.fundacaojau.edu.br:4433/journal/index.php/revistasanteriores/articloe/view/240>.

dos Santos Ferreira, J., Sá, S., da Costa Pereira, J., Santana, R., & Domingos, A. (2016). Avaliação de intervenções psicomotoras em idosos com déficit cognitivo leve. *Cienc Cuid Saude*, 15(3), 538-545. 10.4025/cienccuidsaude.v15i3.28666.

Faustino, A., & Neves, R. (2022). Atividade física e envelhecimento ativo: diálogos Brasil–Portugal. *Revista Contexto & Saúde*, 22(46), e13323-e13323. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2022.46.13323>

Fernandes, J., & Veiga, G. (2020). Um olhar psicomotor sobre o envelhecimento. In Universidade de Évora (Ed.), *Envelhecer em Segurança no Alentejo: Compreender para agir*.

Fernandes, J., Filho, P., & Safons, M. (2018). Corpo, identidade e envelhecimento: uma perspectiva psicomotora. In E. Roberto, *Cuidar da Casa Comum*, 147.

Ferreira-Costa, J., Silva-Ferreira, T., Ogassavara, D., Silva, D., Bartholomeu, D., & Montiel, J. (2023). Promoção de qualidade de vida na pessoa idosa: representações e adjetivações subjetivas. *Revista do programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul*, 7(2), 249-257. [10.17058/psiunisc.v7i2.18324](https://doi.org/10.17058/psiunisc.v7i2.18324).

Figueiredo, M., Gutierrez, D., Darder, J., Silva, R., & Carvalho, M. (2021). Cuidadores formais de idosos dependentes no domicílio: desafios vivenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26 (1), 37-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.32462020>.

Flores, P., Malheiro, A., & Monteiro, A. (2021). Body image perception in elderly population. *Journal of Sport Sciences*, 1(1),38-47. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/28358>.

Fonseca, A. (Ed.). (2021). *ageing in place: envelhecer em casa e na comunidade* (1a ed.). Fundação Calouste Gulbenkian, Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa.

Fonseca, A., & Medeiros, S. (2019). Instrumentos de avaliação da funcionalidade em idosos validados para a população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(3), 711-725. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200313>.

Fonseca, A. (2020). Aging in place, envelhecimento em casa e na comunidade em Portugal. *Public Sciences & Policies*, 6(2), 21-39. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2020.VVIN2/pp.21-39>.

Fortes, L., & Rabelo, D. (2010). Fatores associados ao declínio cognitivo de idosos residentes na comunidade de Patos de Minas-MG. *Perquirere*, 1(7), 53-62.

<https://revistas.unipam.edu.br/index.php/perquirere/article/view/3638/1173>.

Francisco, A., Reis, C., Dragão, F., Alcobia, I., Antunes, A. P., & Santos, S. (2019). As competências psicomotoras e a qualidade de vida nos idosos com e sem demência. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (44), 53-69.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7274320>.

Freitas, R., Fernandes, M., Coqueiro, R., Reis Júnior, W., Rocha, S., & Brito, T. (2012). Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta paulista de enfermagem*, 25, 933-939. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000600017>.

Freitas, S., Simões, M., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 9(3), 345-357. https://www.researchgate.net/publication/317474539_Estudos_de_adaptacao_do_Montreal_Cognitive_Assessment_MoCA_para_a_populacao_portuguesa.

Ghisletta, P., Mason, F., von Oertzen, T., Hertzog, C., Nilsson, L., & Lindenberger, U. (2019). On the use of growth models to study normal cognitive aging. *International Journal of Behavioral Development*, 44(1), 88–96. <https://doi.org/10.1177/01650254198515>.

Glisky, E. (2007). Changes in cognitive function in human aging. In D. R. Riddle (Ed.), *Brain aging: Models, methods, and mechanisms* (pp. 3–20). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781420005523.sec1>.

Gomide, M., Pereira, C., dos Santos, T., Lopes, L., Soares, C., Wagner, M., Amorim, I., Ribeiro, A., Miranda, M., & Júnior, H. (2022). Uma abordagem geral da demência: Doença de Alzheimer e Demência Vascular. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 18, e11047-e11047. <https://doi.org/10.25248/REAMed.e11047.2022>.

Guimarães, M., Giacomini, K., Ferreira, R., & Vargas, A. (2023). Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: um panorama das desigualdades regionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(7), 2035-2050. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.15792022>.

Instituto da Segurança Social, I.P. (n.d.). Manual de processos-chave: Serviço de apoio domiciliário (2ª ed. revista). Fundo Social Europeu. Governo da República Portuguesa.

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021: Divulgação dos resultados provisórios*. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Tábuas de mortalidade NUTS II e esperanças de vida NUTS III: 2021-2023*. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=646142819&DESTAQUESmodo=2.

James, C., Stucker, C., Junker-Tschopp, C., Fernandes, A., Revol, A., Mili, I., & Marie, D. (2023). Musical and psychomotor interventions for cognitive, sensorimotor, and cerebral decline in patients with Mild Cognitive Impairment (COPE): a study protocol for a multicentric randomized controlled study. *BMC geriatrics*, 23(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03678-0>.

Júnior, G., Okuno, M., Brech, G., Alonso, A., & Belasco, A. (2022). Fatores associados à qualidade de vida da pessoa idosa em instituições de longa permanência públicas. *Revista de enfermagem da UFSM*, 12, 50-50. <https://doi.org/10.5902/2179769269062>.

Kratzer, M., & Garcia, R. (2023). Atuação psicopedagógica na educação gerontológica para um envelhecimento saudável. *Revista Psicopedagogia*, 40(122), 245-256. <https://doi.org/10.51207/2179-4057.20230022>.

Leal, L., Cardoso, S., de Medeiros, M., & de Jesus, L. (2021). Relação entre a institucionalização e a saúde mental da pessoa idosa: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 10(1), 169-179. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3033>.

Lei n.º 100/2019 da Assembleia Da República de 6 de setembro. (2019) Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/100-2019-124500714>.

Leuck, P. (2024). Psychogerontological support for dementiated elderly people. *Health and Society*, 4(02), 56–65. <https://doi.org/10.51249/hs.v4i02.1964>.

Lopes, M., Escoval, A., Pereira, D., Pereira, C., Carvalho, C., & Fonseca, C. (2013). Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos.

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700008>.

Ma, Y., Xiang, Q., Yan, C., Liao, H., & Wang, J. (2021). Relationship between chronic diseases and depression: the mediating effect of pain. *BMC psychiatry*, 21, 1-11. doi.org/10.1186/s12888-021-03428-3.

Magalhães, D., Matos, R., Souza, A., Neves, R., Costa, M., Rodrigues, A., & Souza, C. (2022). Acesso à saúde e qualidade de vida na zona rural. *Research, Society and Development*, 11(3). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26906>.

Maresova, P., Javanmardi, E., Barakovic, S., Barakovic Husic, J., Tomson, S., Krejcar, O., & Kuca, K. (2019). Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age—a scoping review. *BMC public health*, 19, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5>.

Mariano, P., Carreira, L., Lucena, A., & Salci, M. (2020). Desenvolvimento de atividades de estímulo cognitivo e motor: perspectiva de idosos institucionalizados. *Escola Anna Nery*, 24(3), e20190265. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0265>.

Marmeleira, J., Galhardas, L., & Raimundo, A. (2018). Exercise merging physical and cognitive stimulation improves physical fitness and cognitive functioning in older nursing home residents: a pilot study. *Geriatric Nursing*, 39(3), 303-309. [10.1016/j.gerinurse.2017.10.015](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.10.015).

Marques, R., Pocinho, R., Gordo, S., & Póvoa, V. (2022). O poder das sensações - a importância da estimulação na pessoa idosa. *RIAGE - Revista Ibero-Americana De Gerontologia*, 1, 17–25. <https://doi.org/10.61415/riage.18>.

Martins, J., Schneider, D., Coelho, F., Nascimento, E., Albuquerque, G., Erdmann, A., & Gama, F. (2009). Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 265-271. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000300005>.

Martins, R., Drago, S., (2012). A Depressão no idoso. 43, 79-94. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4126261.pdf&ved=2ahUKEwji6e-40_aKAXW1SPEDHa84KpEQFnoECBUQAQ&usq=AOvVaw3slefvQRpnuSJN_oVnFDQH.

Martins, R., Santos, P., & Andrade, A. (2015). Satisfação com a vida em idosos: prevalência e determinantes. *Gestão e Desenvolvimento*, (23), 107-123. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2015.274>.

Medeiros, A., Siade, A., Alvarenga, J., Silva, L., Farina, M., & Correia, S. (2024). Corpos de Lewy: demência neurodegenerativa: uma mini revisão de literatura. *Revista Educação em Saúde*, 12, 260-267. <https://revistas.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/7501>.

Melo, M., & Pereira, A. (2023). Impactos e desafios enfrentados pelos cuidadores dos idosos com Doença de Alzheimer no âmbito familiar. *Brazilian Journal of Development*, 9(6), 20853-20872. <https://doi.org/10.34117/bjdv9n6-138>.

Mendes, F., Pereira, C., Bravo, J., Almeida, G., Alves, M. J., Barros, M. L., Batalha, N., Bravo, J., Carrasco, C., Tomás-Carus, P., Chora, M., Fernandes, J., Cruz-Ferreira, A., Gemito, L., Hillenbrand, A., Lopes, M., Marmeleira, J., Mendes,

F., Mestre, T., Oliveira, A., Pereira, C., Pereira, J., Raimundo, A., Reis, G., Reis, L., Rosado, H., Saias, J., Santana, E., Veiga, G., & Zangão, M. (n.d.). Envelhecer em segurança no Alentejo: Compreender para agir. Editora ESACA.

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2023, 13 de novembro). Portaria n.º 349/2023, de 13 de novembro. *Diário da República, Série I, N.º 219*. Artigo 5.º.

Montufar, B., Rodríguez, R., Estrada, I., Guaré, C., Hernández, M., & Flores, M. (2021). Importancia del contexto social para la investigación. *Revista científica del sistema de estudios de postgrado de la Universidad de San Carlos de Guatemala*, 4(1), 77-84. <https://doi.org/10.36958/sep.v4i1.77>.

Morais, A., Santos, S., & Lebre, P. (2016). Psychometric properties of the Portuguese version of the Examen Geronto-Psychomoteur (P-EGP). *Educational Gerontology*, 42(7), 516-527. <https://doi.org/10.1080/03601277.2016.1165068>.

Morais, A. (2019). Evaluación e intervención psicomotora en psicogeriatría: Conceptos y prácticas. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, 235, 71- 82. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-183988>.

Morais, A., Santos, S., & Lebre, P. (2019). Psychomotor, functional, and cognitive profiles in older people with and without dementia: what connections?. *Dementia*, 18(4), 1538-1553. <https://doi.org/10.1177/1471301217719624>.

Moreira, M. (2020). Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadismo. *Fundação Francisco Manuel dos Santos*. <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/7409>.

Mukaka M. (2012) Statistics corner: guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal*, 24(3) 69–71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576830/>.

Narkauskaitė-Nedzinskienė, L., Samsonienė, L., Karanauskienė, D., & Stankutė, V. (2020). Psychomotor abilities of elderly people and their motivation to participate in organized physical activity. *Experimental aging research*, 46(3), 257-271. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2020.1743614>.

Nguyen, B. & McKendrick, A. (2016). Visual contextual effects of orientation, contrast, flicker, and luminance: All are affected by normal aging. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 8(79), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2016.00079>.

Nunes, C., de Melo, F., & Bonini, J. (2023). Prospecção tecnológica de estimulação cognitiva para idosos com doença de Alzheimer. *Cadernos de Prospecção*, 16(1), 278-294. <https://doi.org/10.9771/cp.v16i1.49634>.

Okuno, M., da Costa, A., & Belasco, A. (2020). Satisfação com a vida, qualidade de vida e capacidade funcional de octogenários hospitalizados. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 24(1). 10.5935/1415.2762.20200068.

Oliveira, C., Santos-Rosa, M., Mota-Pinto, A., Botelho, M., Morais, A., & Veríssimo, M. (2010). Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa. <https://www.researchgate.net/publication/235431502>.

Oliveira, J., Vinhas, W., & Rabello, L. (2020). Benefícios do exercício físico regular para idosos. *Brazilian Journal of Development*, 6(3), 15496-15504. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n3-429>.

Oliveira, R., Foresti, B., de Carvalho, P., & Alves, F. (2017). Psychomotricity as an intervention method for the elderly. *Revista da UIIPS– Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 5(5), 135-140. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>.

Oliveira, V., Bodas, A., Nóbrega, D., & Antunes, C. (2024). Equilíbrio e Cognição: Intervenção Psicomotora em Idosos. *Motricidade*, 20(1). <https://doi.org/10.6063/motricidade.33990>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Aging and Health. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>; outubro de 2022.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2023). Guia dos programas nacionais de cidades e comunidades amigas das pessoas idosas. <https://doi.org/10.37774/9789275727928>.

Ornelas, A., & Vilar, D. (2011). O processo de institucionalização da pessoa idosa: a influência de factores pessoais e da rede social. 37. <https://doi.org/10.34628/k0hz-hq33>.

Padeiro, M., & Ferreira, R. (2023). Geografia das respostas sociais para as pessoas idosas em Portugal. *Serviço Social & Sociedade*, 146, e-6628349. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.349>.

Pedrosa, B., Pocinho, R., Margarido, C., & Torrijos, P. (2024). Do envelhecimento demográfico à institucionalização. *Novos paradigmas do envelhecimento*, 107. <https://doi.org/10.61415/riage.231>.

Pereira, C., Rosado, H., Cruz-Ferreira, A., & Marmeleira, J. (2018). Effects of a 10-week multimodal exercise program on physical and cognitive function of nursing home residents: a psychomotor intervention pilot study. *Aging clinical and experimental research*, 30, 471-479. 10.1007/s40520-017-0803-y.

Pereira, T. (2019). A função cognitiva no Envelhecimento. *Abordagem geriátrica ampla na promoção de um envelhecimento ativo e saudável: componentes do modelo de intervenção*, (1), 179-194. <http://hdl.handle.net/10400.26/32920>.

Pereira, X., Araújo, F., Leite, T., Araújo, F., Bonfada, D., & Lucena, E. (2020). Prevalência e fatores associados ao deficit cognitivo em idosos na comunidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23(2), e200012. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200012>.

Pinto, R. (2017). Variações individuais nos processos linguístico-cognitivos de envelhecimento normal ou patológico:" Cada caso é um caso". *Estudos Linguísticos (São Paulo. 1978)*, 46(2), 745-759. <http://dx.doi.org/10.21165/el.v46i2.1782>.

Pocinho, R., Neves, T., Belo, P., & Martins, A. (2017). A depressão geriátrica e sua relação com a solidão numa amostra de utentes com serviço de apoio domiciliário. *Egitania Scientia*, 2(21), 39-49. <https://doi.org/10.46691/es.v2i21.226>

Pordata: Estatísticas sobre Portugal e Europa. (2023, março 7). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundos os Censos. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos-525>.

Pordata: Estatísticas sobre Portugal e Europa. (2024). No âmbito do Dia Mundial da População, que se assinala dia 11 de julho: PORDATA retrata perfil da população portuguesa. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas>.

Portal do SNS (2017, julho 10) Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=dgs+envelhecimento+ativo>.

Prestes, Y., dos Santos Souza, M., Pereira, M., Ervati, R., & Campos, H. (2020). Confiabilidade intra e interexaminador da algometria para mensurar o limiar da dor em idosos institucionalizados. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 10(3). <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v10i3.3067>.

Preto, L., Conceição, M., Barreira, I., Fernandes, H., & Preto, P. (2023). Força de preensão manual, funcionalidade e doenças crónicas em idosos residentes na comunidade. *Open Science Research XII*, 345-355. [10.37885/230713667](https://doi.org/10.37885/230713667).

Queiroz, M., de Aquino, M., Brito, A., Medeiros, C., da Silva Simões, M., Teixeira, A., & de Carvalho, D. (2020). Hipertensão arterial no idoso-doença prevalente nesta população: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, 6(4), 22590-22598. [10.34117/bjdv6n4-428](https://doi.org/10.34117/bjdv6n4-428).

Rezende Oliveira, M., de Mello Konzen, V., Malezan Fleig, T., & Signori, L. (2019). Impacto sobre a capacidade funcional e cognitiva em idosos após um ano de institucionalização. *Fisioterapia Brasil*, 20(2). <https://doi.org/10.33233/fb.v20i2.2792>.

Ribeiro, S., Vieira, L., Figueiredo, D., & Domingues, A. (2024). Inovação social na população com demência: Projeto Memorizar. Um caso português.

Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação, 10(5), 1–17.
<https://doi.org/10.51891/rease.v10i5.13626>.

Rikli, R., & Jones, C. (2013). Development and validation of criterion-referenced clinically relevant fitness standards for maintaining physical independence in later years. *Gerontologist*, 53(2), 255–267. <https://doi.org/10.1093/geront/gns071>.

Rikli, R., & Jones, C. (1998). The reliability and validity of a 6-minute walk test as a measure of physical endurance in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 6, 363–375. <https://doi.org/10.1123/japa.6.4.363>.

Rocha, C., Morais, A., Santos, S., Lebre, P., es Mestre, C., & es Doutoranda, A. (2016). As Competências Psicomotoras e Cognitivas. 41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5862310>.

Rodrigues, L., Cardoso, J., & Conceição, A. (2024). Representações sociais sobre o envelhecimento. *Revista Científica Sigma*, 5(5), 26-44. <http://iesap.edu.br/ojs/index.php/sigma/article/view/81>.

Rodrigues, F., Domingos, C., Monteiro, D., & Morouço, P. (2022). A review on aging, sarcopenia, falls, and resistance training in community-dwelling older adults. *International journal of environmental research and public health*, 19(2), 874. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020874>.

Rodríguez, E. (2003). Intervención psicomotriz con pacientes com demência: Una Propuesta Rehabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 11, 13-18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3742880>.

Rosa, M., Forte, C., Antunes, R., & Maurício, T. (2020). Jogos tradicionais portugueses adaptados e dinâmicas intergeracionais em pessoas com doença de Parkinson. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental E Social*, 6(1), 19-39. <https://doi.org/10.31211/rpics.2020.6.1.163>.

Rosa, M., Marinho, R., Gordo, S., & Pocinho, R. (2022). O jogo como sistema de avaliação no idoso institucionalizado-um estudo piloto. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (43), 370-378. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8056550>.

Rosado, H., Bravo, J., Raimundo, A., & Pereira, C. (2020). Programas de intervenção para a prevenção de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade. In F. Mendes, C. Pereira, & J. Bravo (Orgs.), *Envelhecer em segurança no Alentejo: Compreender para agir* (pp. 303-328). Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/30037>.

Santos, É., Tavares, D., Rodrigues, L., Dias, F., & Ferreira, P. (2013). Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47, 393-400. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200017>.

Santos, P., Santana, M., & Roldão, E. (2022). Mobilidade na comunidade: Um desafio em meio rural. In J. A. Ribeiro-Gonçalves, S. Garcês, & I. Leal (Eds.), *Atas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 267-275). Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades. https://scholar.google.com/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=Santos%2C+P.%2C+Santana%2C+M.%2C+%26+Rold

[%C3%A3o%2C+E.+%282022%29.+Mobilidade+na+comunidade%3A+um+desafio+em+meio+rural.+&btnG=.](#)

Santos, S., Lebre, P., & Morais, A. (2019). Psychomotor, Functional, and Cognitive Profiles in Older People with and without Dementia: What Connections?. *Dementia*, 18(4). 10.1177/1471301217719624.

Sequeira, C. (2018). *cuidar de idosos: com dependência física e mental* (2º edição). LIDEL- edições técnicas.

Silva, B., Zanetti, I., Barros, P., Souza, L., & Barreto, L. (2021). Diagnósticos diferenciais das deficiências cognitivas em idosos. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 26, e7565-e7565. <https://doi.org/10.25248/reac.e7565.2021>.

Silva, R., & da Silva, F. (2021). Gerontopsicomotricidade e os efeitos da atividade física sobre o declínio cognitivo decorrente da doença de Alzheimer. *Revista Amor Mundi*, 2(9), 17-26. <https://doi.org/10.46550/amormundi.v2i9.143>.

Soares, M., & Istoe, R. (2015). Alfabetização e inclusão de pessoas idosas: uma proposta interdisciplinar mediada pelas tecnologias da informação e da comunicação. *Revista Científica Interdisciplinar*. 2(3), 2358-8411. <http://dx.doi.org/10.17115/2358-8411/v2n3a17>.

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-371. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000300016>.

Souza Júnior, E., Cruz, D., Siqueira, L., Rosa, R., Silva, C., Biondo, C., & Sawada, N. (2022). A autoestima está associada à qualidade de vida da pessoa idosa?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75, e20210388. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0388>.

Spar, E., & La Rue, A. (2005) *guia prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi.

Tavares, D., Gomes, N., Dias, F., & Santos, N. (2012). Fatores associados à qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 16(2), 371-8. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000200023>.

Tavares, J., Santinha, G., & Rocha, N. (2023). Política de saúde num contexto de envelhecimento demográfico. Princípios amigos da pessoa idosa: uma prioridade programática?. *Finisterra*, 58(123), 61-85. <https://doi.org/10.18055/Finis29037>.

Teixeira, L., Borges, M., Abreu, D., Ribeiro, K., Shimano, S., & Martins, L. (2022). Cuidadores de idosos em cuidados paliativos: nível de sobrecarga e sintomas depressivos. *Fisioterapia em Movimento*, 35. <https://doi.org/10.1590/fm.2022.35132.0>.

Terassi, M., Ottaviani, A., Souza, É., Fraga, F., Montoya, P., Pavarini, S., & Hortense, P. (2021). Cognition and chronic pain: an analysis on community-dwelling elderly caregivers and non-caregivers. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 79, 201-208. <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2019-0459>.

Tesch-Römer, C., & Wahl, H. (2017). Toward a more comprehensive concept of successful aging: disability and care needs. *Journals of Gerontology*

Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 72(2), 310-318.
[10.1093/geronb/gbw162](https://doi.org/10.1093/geronb/gbw162).

Trupel, L., Grden, C., Batista, J., Cabral, L., Hammerschmidt, K., & Bordin, D. (2022). Características sociodemográficas associadas ao comprometimento cognitivo leve sugestivo em idosos rurais. *DergiPark Akademik*, 7, 49-50.
<https://doi.org/10.25279/sak.1136744>.

Vidal, A., Ribas, I., Gomes, A., Dias, G., de Lima, E., da Silva Dias, G., Moraes, M., Melo, R., & de Melo, R. (2024). Perfil clínico dos pacientes com doença de Parkinson. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(8), e16840-e16840.
<https://doi.org/10.25248/REAS.e16840.2024>.

World Health Organization. (2020). Decade of healthy ageing: baseline report. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>.

Anexos

Anexo A. Declaração de Consentimento Informado para as pessoas residentes na comunidade

Declaração de consentimento informado

Venho por este meio, pedir o seu consentimento para participar e incluir o projeto de investigação, intitulado de “Estudo das competências psicomotoras em pessoas idosas institucionalizadas e a residir na comunidade com diferentes níveis de apoio”, e que será desenvolvido no âmbito de uma investigação com vista à obtenção de Grau de Mestre em Psicomotricidade, pela Universidade de Évora. Através desta investigação pretende-se avaliar as competências psicomotoras na população idosa. Assim, e para que seja possível esta investigação, a aluna de Mestrado em Psicomotricidade, Nicole Macedo, sob a orientação da Professora Doutora Ana Morais, docente da Universidade de Évora, e da Professora Doutora Catarina Pereira, coorientadora, irá realizar o estudo com idosos com diferentes níveis de apoio.

De forma a dar a conhecer um pouco mais da investigação aqui mencionada, apresentam-se globalmente informações pertinentes sobre a mesma, pelo que convido a ler com atenção todas as informações aqui expostas. Se precisar de mais esclarecimentos e de obter mais informações sobre qualquer aspeto referente à investigação, não hesite em contactar o investigador responsável através do contacto telefónico (969409048) ou e-mail (nicole.isabelmm@gmail.com). Se concordar com as informações abaixo mencionadas, estará a aceitar a participação livre na investigação e a tomar conhecimento desta. Por favor, assine assim o presente documento, caso concorde com o exposto:

- a) Fui esclarecido/a que a avaliação realizada tem como objetivo perceber as competências psicomotoras e dar uma melhor resposta as necessidades e dificuldades da pessoa idosa;
- c) Fui informado/a que ao longo do estudo o anonimato e a confidencialidade de todos os participantes, serão assegurados. Todos os dados serão usados exclusivamente para fins académicos;
- d) Foi-me transmitido que toda a informação adquirida por parte do investigador responsável me será disponibilizada;
- e) Compreendo que a minha participação nesta investigação irá contribuir para o avanço do conhecimento científico na área de Psicomotricidade e para melhorar a qualidade de formação do investigador responsável;

f) Entendo que a minha participação neste projeto de investigação não é remunerável;

g) Foi-me esclarecido que será fornecida uma cópia deste documento, tendo a possibilidade de a qualquer instante sair deste projeto de investigação, sem que daí haja qualquer consequência;

h) Declaro que li e compreendi toda a informação que me foi transmitida, quer de forma verbal, quer de forma escrita.

Nome

Assinatura

Data: _____, ____/____/_____

Declaro que esclareci todas as informações pertinentes ao participante deste projeto de investigação, bem como dei a conhecer a amostra desta investigação, a sua natureza, objetivos e potenciais benefícios associados à participação na mesma.

Assinatura do Investigador

Data: _____, ____/____/_____

Anexo B. Declaração de Consentimento Informado para as pessoas idosas em Instituição

Declaração de Consentimento informado

Venho por este meio, pedir o seu consentimento para que o seu familiar possa participar e incluir o projeto de investigação, intitulado de “Estudo das competências psicomotoras em pessoas idosas institucionalizadas e a residir na comunidade com diferentes níveis de apoio”, e que será desenvolvido no âmbito de uma investigação com vista à obtenção de Grau de Mestre em Psicomotricidade, pela Universidade de Évora. Através desta investigação pretende-se avaliar as competências psicomotoras na população idosa. Assim, e para que seja possível esta investigação, a aluna de Mestrado em Psicomotricidade, Nicole Macedo, sob a orientação da Professora Doutora Ana Morais, docente da Universidade de Évora, e da Professora Doutora Catarina Pereira, coorientadora, irá realizar o estudo com idosos com diferentes níveis de apoio e idosos que residem na comunidade.

De forma a dar a conhecer um pouco mais da investigação aqui mencionada, apresentam-se globalmente informações pertinentes sobre a mesma, pelo que convido a ler com atenção todas as informações aqui expostas. Se precisar de mais esclarecimentos e de obter mais informações sobre qualquer aspeto referente à investigação, não hesite em contactar o investigador responsável através do contacto telefónico (969409048) ou e-mail (nicole.isabelmm@gmail.com). Se concordar com as informações abaixo mencionadas, estará a aceitar a participação livre do seu familiar na investigação e a tomar conhecimento desta. Por favor, assine assim o presente documento, caso concorde com o exposto:

- a) Fui esclarecido/a que a avaliação realizada tem como objetivo perceber as competências psicomotoras e dar uma melhor resposta as necessidades e dificuldades da pessoa idosa;
- c) Fui informado/a que ao longo do estudo o anonimato e a confidencialidade de todos os participantes, serão assegurados. Todos os dados serão usados exclusivamente para fins académicos;
- d) Foi-me transmitido que toda a informação adquirida por parte do investigador responsável me será disponibilizada;
- e) Compreendo que a participação do meu familiar/utentes nesta investigação irá contribuir para o avanço do conhecimento científico na área de Psicomotricidade e para melhorar a qualidade de formação do investigador responsável;

f) Entendo que a participação do meu familiar/utente neste projeto de investigação não é remunerável;

g) Foi-me esclarecido que será fornecida uma cópia deste documento, tendo a possibilidade de a qualquer instante retirar o meu familiar/utente deste projeto de investigação, sem que daí haja qualquer consequência;

h) Declaro que li e compreendi toda a informação que me foi transmitida, quer de forma verbal, quer de forma escrita.

Nome do responsável legal

Assinatura do responsável legal

Data: _____, ____/____/_____

Declaro que esclareci todas as informações pertinentes ao responsável legal do participante deste projeto de investigação, bem como dei a conhecer a amostra desta investigação, a sua natureza, objetivos e potenciais benefícios associados à participação na mesma.

Assinatura do Investigador

Data: _____, ____/____/_____